

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE
POUR

N^o **119**

le Doctorat en Médecine

LA

Pseudo-Tuberculose hydatique
DU PÉRITOINE

PAR

Julien LE NOUËNE

Ancien externe des Hôpitaux du Havre

Président : M. ACHARD

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12.

1912

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

le Doctorat en Médecine

119

LA

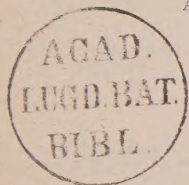
Pseudo-Tuberculose hydatique

DU PÉRITOINE

PAR

Julien LE NOUËNE

Ancien externè des Hôpitaux du Havre



Président : M. ACHARD

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12.

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	* GILBERT BALLEST
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERREDELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LÉRI	REITTERER
BRANCA	GRÉGOIRE	LEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	GULLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAYASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FEMME

A MA MERE

A MON FRERE, LE D^r LE NOUENE

Chirurgien des Hôpitaux du Havre.

A MON ONCLE, A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. le D^r F. DEVE

*Professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen,
Médecin de l'Hospice Général.*

A mon PRÉSIDENT de Thèse,

M. le professeur ACHARD

*Chevalier de la légion d'honneur,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine.*

INTRODUCTION

« Lésion nodulaire, d'origine hydatique, qui, par sa distribution, par ses caractères objectifs et jus- que par certains traits de sa constitution histologique, rappelle l'aspect et la structure des granulations tuberculeuses véritables » : telle est la définition que, dans un mémoire publié, il y aura bientôt six ans (1), notre maître le Professeur Déré a donnée de l'affection qui va faire l'objet de notre travail inaugural.

Nous avons eu la bonne fortune de recueillir auprès de notre frère le Dr Léopold Le Nouëne, chirurgien des Hôpitaux du Havre, une observation très suggestive de cette « pseudo-tuberculose hydatique ». M. Déré nous a vivement engagé à profiter de notre cas inédit pour reprendre la question dans son ensemble. Aussi bien, depuis le mémoire fondamental de notre maître, ce sujet n'a fait l'objet d'aucun nouveau travail.

Non content de mettre à notre disposition sa riche documentation, M. Déré a bien voulu nous diriger dans l'élaboration de notre travail. C'est à ses précieux conseils que nous devons d'avoir pu mener à

F. DÉRÉ. — La pseudo tuberculose hydatique du péritoine. — *Archives de Médecine expérimentale*. — Mai 1907.

bien la tâche qu'il nous avait tracée. Nous tenons à lui en exprimer ici tous nos remerciements, comme aussi à lui dire toute notre gratitude pour les excellentes leçons cliniques dont il nous a fait profiter pendant l'année que nous avons passée, comme externe, dans son intéressant service de l'Hospice général de Rouen.

Nous garderons aussi une vive reconnaissance aux autres maîtres qui nous ont initié aux différentes branches de la médecine dans les Hôpitaux et à l'école de Médecine de Rouen.

A Paris, nous eûmes l'honneur d'être admis à accomplir notre stage hospitalier dans le service du regretté Professeur Raymond, à la Salpêtrière. Nous n'oublierons ni ses leçons cliniques, si documentées portant l'empreinte d'une grande expérience, ni surtout cette exquise bonté avec laquelle ce maître bienveillant excusait notre inexpérience de la pratique des maladies nerveuses.

Merci à M. le docteur Potocki, chef de service à la maternité de l'Hôpital de la Pitié, où nous fîmes notre stage d'accouchement, ainsi qu'à M. le docteur Truffier dont nous suivîmes l'enseignement à l'Hôpital Beaujon.

Merci au docteur Delagenière, chirurgien des hôpitaux du Mans, pour le bon accueil qu'il nous fit et pour son enseignement pendant le temps où nous fûmes son interne.

Dans les Hôpitaux du Havre, les maîtres que nous eûmes pendant notre internat ont droit à toute notre

reconnaissance pour la façon si cordiale avec laquelle ils nous accueillirent et l'instruction pratique qu'ils nous donnèrent.

Notre premier trimestre d'internat s'est passé dans le service de chirurgie infantile du docteur Walch. Nous lui sommes très reconnaissant de ses conseils éclairés et de la sympathie qu'il nous témoigna.

M. le docteur Balard d'Herlinville nous accueillit par la suite dans son intéressant service de chirurgie à l'Hôpital Pasteur et nous guida avec bienveillance dans l'examen des malades, et dans les opérations qu'il voulut bien nous confier.

Nous adressons ici un souvenir tout particulier à M. le docteur Engelbach, chirurgien de l'hôpital Pasteur, qui daigna nous conserver comme son interne durant 16 mois consécutifs; qu'il veuille bien agréer l'hommage le plus vif de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté, et pour les enseignements que nous avons tirés de sa grande expérience.

Notre frère, le docteur L. Le Nouënc, chirurgien des Hôpitaux du Havre, nous donna à l'Hôpital Pasteur des conseils très utiles et nous lui sommes surtout reconnaissant de nous avoir pris pendant une année comme collaborateur à sa Maison de Santé chirurgicale.

Nous garderons toujours un bon souvenir de nos bonnes relations avec M. Juvén, Directeur de l'Hôpital Pasteur, avec MM. Dominique et Gayet, pharmaciens des Hôpitaux qui surent mettre leur science

à notre disposition avec une amabilité dont nous leur saurons toujours gré.

Nous songerons souvent avec plaisir et regret tout à la fois aux excellents instants passés dans la salle de garde, au milieu de collègues dont l'aimable et joyeuse compagnie nous fit trouver trop court, hélas ! le temps passé parmi eux. Ils resteront toujours pour nous les meilleurs amis par les nombreux et agréables souvenirs qui nous rattachent à eux.

Nous adressons aussi tous nos remerciements au Dr Sabadini, d'Alger, pour l'amabilité avec laquelle il nous a permis d'utiliser deux très intéressantes observations inédites que l'on trouvera au cours de ce travail.

Notre maître et ami, le Dr Guerber, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rouen, a eu l'extrême obligeance de mettre à notre disposition le résultat de l'examen du sang prélevé en 1911 sur la malade opérée en 1908, par notre frère, le Dr Le Nouène; nous l'en remercions ici très cordialement.

Et avant d'aborder notre sujet nous voulons réserver ici une place d'honneur à nos parents, à nos amis et à tous ceux qui pendant nos études nous ont assisté de leur bienveillance et de leurs conseils.

Notre frère, le Dr Léopold Le Nouène, fut, durant toute notre vie d'étudiant, un véritable ami dont les précieux conseils ne nous manquèrent jamais, et un second père, par la bienveillance qu'il nous a témoignée en de si nombreuses circonstances. Nous lui devons une grande reconnaissance pour cette bonté

dont il a toujours usé envers nous, et pour les leçons si éclairées dont il nous a souvent fait profiter; qu'il reçoive ici, l'expression de notre plus sincère affection.

Nous prions M. le Professeur Achard de vouloir bien recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude pour le très grand honneur qu'il nous fait en daignant accepter la présidence de cette thèse.

DÉLIMITATION DU SUJET

La définition que nous rappelions au début de notre travail est très générale. Il va nous falloir la préciser pour circonscrire notre sujet, car *il existe plusieurs pseudo-tuberculoses hydatiques*.

Ces pseudo-tuberculoses peuvent être divisées en : *primitives et secondaire*.

Pseudo-tuberculoses hydatiques primitives

A) Chez les animaux, chez le porc surtout, on peut, à la suite d'une infestation massive (spontanée ou expérimentale) par des œufs de ténia échinocoque, découvrir sur la plupart des viscères, les criblant en quelque sorte, une véritable « granulie hydatique » constituée par de petites vésicules primitives surprises aux tout premiers stades de leur développement (1). Ces granulations avaient déjà été observées par Leuckart chez des moutons infestés expérimentalement : « Le foie, écrit Leuckart, et également dans certains cas le poumon des animaux, étaient criblés de *petits points blancs analogues à des tubercules miliaires*, qui

(1) F. Dévé. — Échinococcose primitive expérimentale. Pseudo-tuberculose hydatique. *Société de Biologie*, 9 mai 1908, p. 807.

ne pouvaient guère être provoqués que par l'invasion des jeunes helminthes » (1).

B) De ces pseudo-tubercules hydatiques, constitués par des parasites *vivaces*, M. Dévé a séparé « certains nodules d'aspect tuberculeux que le microscope montre centrés par des productions échinococciques *arrêtées dans leur développement* et qui constituent des *pseudo-tubercules de guérison* ». « Que ces pseudo-tubercules, ajoutait-il, (*Loc. cit.*), soient le terme d'un processus actif de défense de l'organisme ayant réussi à arrêter le développement du parasite, ou qu'ils résultent simplement de l'enkystement de formations échinococciques entrées spontanément en involution, faute d'une vitalité initiale suffisante, ils constituent, en tous cas, une preuve matérielle du déchet que subit, suivant la grande loi naturelle, la germination de la graine hydatique ».

On rencontre assez souvent, chez les animaux, de tels pseudo-tubercules de guérison. C'est ainsi que Galli-Valerio, examinant des nodules calcifiés, de la dimension d'un grain de chanvre, faisant saillie à la surface du foie d'un mouton tunisien, trouva sur les coupes une membrane hydatique encore très nette, sans scolex (2). Avant cet auteur, un vétérinaire italien, Marzocchi, avait signalé que « dans les viscères des bœufs et des moutons, il n'est pas rare de rencontrer de nombreux petits kystes échinococciques

(1) LEUCKART. — *Die Parasiten des Menschen*, 2^e Edit. 1879-1886, T. I, p. 752.

(2) GALLI-VALERIO — *Centralbl. f. Bakt., Originals*, Bd. 6^a, h. 5, octobre 1911, p. 358.

calcifiés qui, par leur aspect et par leur localisation, peuvent être confondus avec des nodules tuberculeux ». L'examen histologique lui avait montré que ces nodules sont centrés par une membrane hydatique entourée d'une zone nécrotique et calcifiée, puis d'une couche conjonctive riche en fibroblastes, enfin de cellules rondes lymphoïdes avec un petit nombre de cellules géantes (1).

C) Un autre vétérinaire italien, Bertolini, a publié récemment un cas d'« échinococcose diffuse du bassin et du péritoine pariétal chez un bœuf », dans lequel il signale que « le péritoine, aux environs de l'extrémité antérieure des reins, se montrait criblé de *très petites néoformations semblables à celles d'une tuberculose au début*, granulations qui devenaient de plus en plus visiblement de petits kystes, à mesure qu'on se rapprochait du bassin » (2). En l'espèce, il s'agissait d'une *pseudo-tuberculose hydatique primitive diffuse*, liée à un *processus érogène*.

D) Il existe encore une pseudo-tuberculose hydatique, très différente des précédentes, qui est en relation avec l'*échinococcose alvéolaire* (babaro-tyrolienne). Kanzle, Romanoff, Zinn (cités par Posselt) ont vu, dans des cas d'échinocoques alvéolaires du foie, des *nodules tout à fait analogues à des granulations tuberculeuses* disséminés sur la séreuse péritonéale. Ces

(1) MARZOCCHI, Sopra un caso di cisti da echinococco calcificate. *Accad. di Torino*, 20 avril 1906, p. 108. — C'est, sans doute, à des faits du même ordre que se rapportent deux communications de KUHNAU (*Hamburger Mitt. f. Thierarztl.*, II, h. 5, 1895) et de NODEK (*D. tierarztl. Woch.*, 1906, p. 346).

(2) BERTOLINI. — *La Clinica ceterinaria*, 1909, Nos 1, 2, 3.

granulations miliaires renfermaient des débris de membranes accompagnés de cellules géantes (1).

De ces diverses formes de pseudo-tuberculose il ne sera pas question dans notre travail. On a pu remarquer, au demeurant, que, sauf la dernière, elles intéressent la pathologie vétérinaire plus que la pathologie humaine. Chez l'homme, l'infestation n'est jamais aussi abondante, aussi massive, qu'elle l'est si souvent chez le bétail. La pseudo-tuberculose hydatique primitive humaine, si on la découvrait incidemment au cours d'une laparotomie, se montrerait sans doute réduite à trois ou quatre discrètes granulations. Elle perdrait par suite le principal caractère — dissémination des lésions — qui la rende pratiquement intéressante en exposant l'observateur à la confusion avec la tuberculose véritable du péritoine.

Quant à la pseudo-tuberculose de l'échinococcose alvéolaire, outre qu'elle paraît rare au cours de cette affection, elle ne nous intéresse guère en France, car cette variété d'échinococcose, fréquemment observée en Bavière, dans le Tyrol, en Suisse et aussi en Russie (Melnikoff-Razvedenkoff), est à peu près inconnue chez nous (2).

Pseudo-tuberculose hydatique secondaire. — En opposition avec ces pseudo-tuberculoses primitives —

(1) POSSELT. — *Ztschft f. Heilk.*, 1900, XXI, 5.

(2) Nous rappelons cependant que Marchand et Adam (*Soc. Anat.*, 15 juillet 1910) et tout dernièrement Mollard et Favre (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 14 nov. 1911) en ont rapporté deux exemples observés chez des individus habitant le Jura. Consulter, à ce sujet, le très important rapport présenté par M. le professeur Dévé au récent Congrès international de Pathologie comparée : « Echinococcose alvéolaire et échinococcose hydatique », Paris, 17 octobre 1912.

que nous excluons de notre cadre — il faut placer la *pseudo-tuberculose hydatique secondaire* qui n'est pas exceptionnelle en pathologie humaine et offre, comme nous le verrons, un grand intérêt pratique.

On pourrait lui décrire — comme à l'échinococcose secondaire (Dévé) — une forme *locale*, une forme *diffuse*, une forme *embolique*, enfin une forme *séreuse*.

Nous ne retiendrons que cette dernière.

La pseudo-tuberculose hydatique peut s'observer sur diverses séreuses. C'est ainsi que Barbacci et son élève Baecchi, ont rapporté, il y a deux ans, un cas de kyste hydatique du cœur s'étant accompagné d'échinococcose secondaire et sans aucun doute aussi — telle est, du moins, l'interprétation que M. Dévé donne de ce cas, — de *pseudo-tuberculose hydatique du péricarde* (1).

Mais, comme on le prévoit, c'est au niveau de la séreuse abdominale que la lésion en question s'observe généralement.

C'est de la seule pseudo-tuberculose hydatique secondaire du péritoine que nous nous occuperons dans ce travail.

(1) BARBACCI. — *Pathologica*, 1^{er} mars 1909, n° 8. — BAECCHI, *Il Policlino. Sez. medica*, 1909.

HISTORIQUE

Nous serons très bref sur ce chapitre, car nous n'avons presque rien à ajouter à l'historique très complet que M. Dévé a donné du sujet dans son mémoire.

Nous nous bornerons à rappeler que le chirurgien australien GRAHAM est le premier à avoir décrit, de façon très explicite, en 1891, la lésion qui va nous occuper.

Après lui, KRUCKMANN (1895), LEHNE, LUBARSCH (1895), puis DE QUERVAIN (1897 et RIEMANN (1898) l'étudièrent en Allemagne.

En Italie, TUSINI décrivit, en 1900, un cas de kystes hydatiques de l'épiploon « avec dissémination » à type de pseudo-tuberculose du péritoine », qu'il avait, d'ailleurs, interprété d'une façon inexacte.

Nous arrivons ainsi aux travaux de M. DÉVÉ. Après avoir signalé dans sa thèse inaugurale (Paris 1901) la pseudo-tuberculose hydatique qu'il avait pu reproduire au cours de ses expériences sur l'échinococcose secondaire, notre maître revint sur ce sujet au cours d'un mémoire de la *Revue de Chirurgie* (juillet 1902), puis dans son ouvrage sur « Les kystes hydatiques du

foie » (1905). L'année suivante, son élève BEAUDET en rapporta un nouveau cas dans sa thèse (Paris 1906). Enfin M. Dévé lui consacra, en 1907, un mémoire très documenté.

Les livres classiques parus depuis lors — nous citerons plus particulièrement l'article de BORDIN, dans le *Nouveau manuel de Médecine* de Debove, Achard et Castaigne (Maladies du tube digestif) et celui de DUPRÉ et RIBIERE, dans le *Nouveau Traité de Médecine* de Gilbert et Thoinot (T. XVIII) — se sont bornés à reproduire la description et les figures du mémoire de M. Dévé.

A la Société de Chirurgie, AUVRAY, VILLEMEN, MORESTIN ont rapporté, en 1909 et 1910, de nouveaux exemples de pseudo-tuberculose échinococcique du péritoine.

A ces diverses observations nous pourrions joindre quelques faits isolés, recueillis de-ci de-là dans la littérature médicale de ces dernières années. Et nous y ajouterons deux cas inédits.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Par elle-même, la pseudo-tuberculose échinococcique du péritoine ne donne lieu à aucun symptôme subjectif ni objectif. Sauf quelques cas où, se basant sur les anamnestiques, on a pu la prévoir et la rechercher systématiquement au cours de l'opération, *sa découverte était inattendue*, soit que l'intervention ait été entreprise sans diagnostic précis, soit qu'elle ait été dirigée contre un kyste hydatique reconnu. Cette lésion a presque toujours surpris et intrigué l'opérateur; elle l'a parfois fait hésiter sur la conduite à tenir; elle a pu même l'induire en erreur.

Aussi est-il nécessaire d'en bien connaître les caractères objectifs et de savoir dans quelles conditions on est appelé à la découvrir au cours de la laparatomie.

Comme il est aisé de le comprendre, la connaissance des caractères macroscopiques de la lésion importera plus au chirurgien que celle de ses caractères histologiques. Car le microscope n'interviendra guère qu'après l'opération, comme moyen de contrôle rétrospectif (1).

(1) Grâce à la méthode rapide des coupes à congélation, devenue aujourd'hui d'un usage courant, le microscope pourrait éventuellement donner une réponse presque immédiate.

Nous verrons pourtant que les données microscopiques ne sont pas sans un grand intérêt pratique.

I. — LÉSIONS MACROSCOPIQUES

Nous aurons à envisager successivement : 1° la nature de l'épanchement qui accompagne souvent la pseudo-tuberculose hydatique, 2° les réactions du péritoine en pareils cas, 3° les caractères objectifs des granulations elles-mêmes, 4° l'association fréquente de ces lésions avec celles de l'échinococcose secondaire du péritoine, enfin 5° l'état du kyste primitif, origine de la dissémination.

1° *Epanchement péritonéal.* — Sur les vingt-six observations rassemblées dans le présent travail, on trouve un épanchement péritonéal mentionné dans *onze cas*. Dans deux de ces cas (Obs. X et XXV), il s'agissait d'un *épanchement ascitique ordinaire, citrin*; dans les autres, on avait affaire à un épanchement très particulier, décrit par M. Dévé, en 1902, sous le nom de « *cholépéritoine hydatique* » et qui a fait l'objet de l'intéressante thèse de Beaudet (1906).

L'épanchement séreux simple ne paraît pas avoir été provoqué directement par les granulations pseudo-tuberculeuses jouant le rôle de corps irritants. Dans une des observations (Obs. X), l'ascite reconnaissait une pathogénie mécanique et était liée à une compres-

sion de la veine porte au niveau du hile du foie (pyléphlébite pariétale).

Dans huit cas (Obs. II, II bis, IV, V, VII, VIII, XVII, XX), la laparotomie donna issue à un liquide bilieux, trouble, laissant parfois une sorte de dépôt boueux sur les viscères. Ajoutons que dans un cas (Obs. XXI) on aurait trouvé un liquide trouble, suppuré (?). Ne s'agissait-il pas en réalité d'un cholépéritoiné ?

Nous ferons remarquer qu'un épanchement bilieux intrapéritonéal s'est produit chez d'autres malades ; mais il s'y est résorbé spontanément, pour ne plus se révéler, à l'opération, que par les traces laissées derrière lui. C'est ainsi que dans l'obs. XIII, les pseudotubercules présentaient une teinte jaune-chamois que le microscope a montrée être due à des *amas de pigment biliaire*. Il en a été bien vraisemblablement de même dans l'obs. XIX, où l'intervention montra, à côté de kystes transparents, des kystes « noir-verdâtres » et d'autres « jaunes ». Le cholépéritoiné peut même se résorber spontanément sans laisser de traces reconnaissables, ainsi que le montre l'observation XX : deux ans et demi après une laparotomie exploratrice qui avait révélé un cholépéritoiné d'origine indéterminée, une nouvelle intervention donna issue à un liquide ascitique citrin, « sans traces de bile », accompagnant des kystes multiples de l'abdomen.

2° *Lésions du péritoiné*. — Lorsqu'on n'a pas affaire à un cholépéritoiné, les lésions de la séreuse con-

sistent surtout dans des *adhérences*, soit discrètes soit étendues, souvent finement vascularisées, et qui paraissent être moins le résultat d'une irritation persistante de la séreuse, due à la présence des corps étrangers, que le vestige et le témoin d'un processus inflammatoire remontant à la rupture du kyste hydatique primitif. On sait, en effet, que cette rupture est souvent suivie de manifestations péritonitiques atténuées et généralement passagères.

En cas d'épanchement cholérargique, le péritoine, teinté par la bile, est rugueux et extrêmement épaissi. La coque réactionnelle qu'il forme au contact de la bile et qui revêt toute la masse viscérale, mesure parfois près d'un centimètre d'épaisseur. C'est à sa surface que se trouvent enchâssées les granulations pseudo-tuberculeuses.

3° *Granulations pseudo-tuberculeuses*. — La grande analogie d'aspect de ces granulations avec celles de la tuberculose est indiquée dans une série d'observations (I, II, IV, VIII, XII, XV, XIX, XX, XXII, XXIV).

« A première vue, déclare Arce, elles donnaient l'idée d'une péritonite tuberculeuse ». — « On ne pouvait s'empêcher, écrit Abadie, de les comparer à une généralisation tuberculeuse ». — « Sans la présence de deux petites vésicules hydatiques trouvées libres dans le sac péritonéal, avoue Tusini, l'aspect macroscopique des lésions joint à l'aspect clinique spécial eût facilement fait conclure à une affection tuberculeuse ». — « Je trouvai, dit Villemain, toute la surface intesti-

nale, tout le mésentère et tous les replis péritonéaux couverts de milliers de petits kystes simulant le semis des granulations tuberculeuses dans le péritoine bacillaire ».

L'hésitation a été grande dans quelques cas : « Sur les anses intestinales, disent Picquet et Claeys, on trouvait une grande quantité de petites nodosités grosses comme un grain de millet, les unes blanches et opaques, les autres grises, translucides. Elles rappelaient si bien les granulations de la péritonite tuberculeuse qu'un moment on put se demander s'il n'y avait pas coïncidence des deux affections ». — « L'aspect, déclare de Quervain, rappelait à tel point celui de la péritonite tuberculeuse, que l'on put avoir, un moment, des doutes sur l'exactitude du diagnostic porté ». — Semblable hésitation se retrouve dans notre observation personnelle : « L'erreur que je fus sur le point de commettre au cours de l'opération, nous dit L. Le Nouène, montre bien l'exactitude du nom de *pseudo-tuberculeuse péritonéale* donné par Dévé aux lésions du péritoine consécutives à la rupture du kyste » (1).

L'erreur en question a, au demeurant, été commise chez la malade de Debove : « Le chirurgien, raconte Debove, nous montrant deux points blancs, nous dit qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse » — et il referma le ventre. Il s'agissait d'une pseudo-tuberculeuse prémonitoire de l'échinococcose secondaire. Deux ans plus tard, la malade revenait avec des kystes multiples de l'abdomen.

(1) L. LE NOUÈNE. — *Statistique opératoire*, p. 45.

Voyons donc de plus près quels sont les caractères des granulations en question, quelles sont leur *distribution*, leur *taille*, leur *forme*, leur *couleur*, leur *consistance*.

Parfois discrètes et clairsemées, plus souvent abondantes, quelquefois même véritablement confluentes, ces granulations sont généralement *distribuées* sur toute la surface de la séreuse, aussi bien sur le péritoine pariétal que sur le péritoine viscéral (Obs. I, II, VIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XXII). Mais assez souvent les lésions paraissent *prédominer dans certaines régions*, sur certains organes: au niveau du bassin (Obs. I, XI, XIV, XVII, XVIII, XXI), au niveau du mésentère et de l'épiploon (Obs. IV, V, VI, IX, X, XII, XIII, XVIII, XXIII) ou sur les anses intestinales (Obs. II bis, IV, VII, XVI, XIX, XX, XXII, XXV) ou encore dans la région hépatique (Obs. III, XXIII, XXV).

Leur *volume* va d'une tête d'épingle, d'un grain de sagou et même moins, à un grain de chènevis, à un petit pois. Leur taille moyenne est celle d'un grain de mil (granulations miliaires).

Leur *forme* est tantôt arrondie, perlée, en « œufs de poisson » (XX), tantôt oblongue (V), en « grain de blé » ou en « grain d'orge » (IX), ou aplatie, en forme de « lentille » (XIII), tantôt enfin irrégulière et noueuse (XIII).

Leur *couleur* est également variable. Les unes sont translucides, opalines, les autres grises, les autres blanchâtres, opaques, troubles, d'autres jaunâtres (V,

XIV), couleur chamois (XIII); d'autres enfin ont un aspect franchement caséeux (VIII, IX, X) et renferment une boue blanchâtre ou gris-jaunâtre.

Leur *consistance* est généralement élastique, mais elle peut être dure (V); car les petites granulations sont susceptibles de se charger de sels calcaires.

Tout en restant dans la « note » tuberculeuse, les caractères des granulations sont, on le voit, un peu variables. Et précisément ce *polymorphisme des lésions chez le même individu* est à souligner. Il s'accroît dans certains cas, par la coexistence de tumeurs kystiques multiples de la cavité abdominale, surprises elles-mêmes à différents degrés de leur développement.

4° *Kystes hydatiques multiples de l'abdomen. Echinococcose secondaire du péritoine* — Nous n'avons pas à décrire ici l'aspect bien connu des kystes multiples de la cavité abdomino-pelvienne, avec leurs localisations d'élection dans l'épiploon, le bassin, les fosses iliaques, les régions sous-diaphragmatiques, péri-hépatiques, péri-spléniques. Nous voulons seulement rappeler que, à côté des kystes vivants, tendus, pleins de leur liquide limpide (chargé de sable hydatique), il en est qui sont affaissés. Ceux-ci forment de petites masses pleines, renfermant des membranes flétries, gélatiniformes, souvent enrobées dans un magma caséeux blanc-grisâtre, plus ou moins infiltré de sels calcaires, allant même jusqu'à constituer un corps solide crayeux. On a alors affaire au processus d'*involution de l'échinococcose secondaire*, que M. Dévé a mis en lumière dans sa thèse classique (Paris 1901, p. 224).

Qu'ils soient en activité ou en involution, ces kystes secondaires de l'abdomen s'accompagnent très souvent de nodules pseudo-tuberculeux. « En pareil cas, comme l'a fait remarquer M. Dévé, la nature des « granulations » est singulièrement éclairée par la présence des autres lésions spécifiques, d'autant plus qu'on trouve généralement, alors, tous les intermédiaires entre la granulation sub-miliaire, d'aspect tuberculeux, et le kyste rempli de liquide eau de roche ou de débris vésiculaires pathognomoniques. Mais il faut savoir qu'on peut, à côté des cas *mixtes*, observer des cas où les granulations pseudo-tuberculeuses existent à l'état de pureté ».

Cette dernière éventualité s'observe lorsque l'intervention chirurgicale a lieu peu de temps après la rupture du kyste dans le péritoine, à une époque où les kystes secondaires n'ont pas encore eu le temps de se développer. C'est ce qui s'est produit dans nos observations I, II, II bis, III, IV, V, XXIII et XXV, où on voit que le chirurgien fut appelé à intervenir de quelques semaines à quelques mois après l'ensemencement échinococcique. La même constatation a pu être faite parfois à échéance relativement éloignée : témoin notre obs. XIII, dans laquelle l'opération eut lieu deux ans après la rupture traumatique d'un kyste du foie.

5° *Etat du kyste primitif.* — Un dernier point nous reste à envisager dans ce chapitre d'anatomie pathologique macroscopique : il concerne l'état du kyste

responsable de la dissémination des éléments hydatiques dans le péritoine.

Théoriquement, le kyste primitif est susceptible de siéger dans l'un quelconque des viscères abdominaux. Mais, comme la grande prédominance de la localisation hépatique de l'échinococcose pouvait le faire prévoir, c'est *dans le foie* que se trouvera, en pratique, le kyste originel.

De fait, si nous passons en revue nos observations, nous constatons que le foie était en cause dans *toutes* celles qui mentionnent le siège du kyste primitif. Cependant, on conçoit qu'un *kyste de la rate* puisse devenir éventuellement le point de départ de la lésion. Une observation inédite du Dr Sabadini, que nous rapporterons plus loin à un autre point de vue, vient confirmer cette hypothèse.

Une particularité intéressante, sur laquelle M. Dévé a insisté à diverses reprises (1), est la suivante : dans la règle, « *tout kyste hydatique vidé de son contenu (par ponction ou par rupture) devient, par la suite, un kyste compliqué* ».

En ce qui concerne les kystes du foie, trois modifications peuvent s'observer au niveau de la poche rompue :

a) La transformation du kyste simple, univésiculaire, en un kyste complexe, à contenu multivésiculaire;

(1) Cf. notamment F. Dévé. — *Journal médical français*, 15 décembre 1910.

b) L'envahissement du kyste affaissé par la bile (cholerragie intra-kystique secondaire) ;

c) La suppuration spontanée de la poche, reconnaissant toujours une origine biliaire.

Nous trouvons l'état du kyste primitif mentionné dans onze de nos observations : deux fois, il fut retrouvé suppuré (obs. I et II) et sept fois envahi par la bile (obs. II bis, IV, V, X, XIII, XVII, XX). Deux fois seulement (obs. XXIII, XXV), on trouva, après deux mois seulement, un kyste à contenu limpide.

II. — LÉSIONS MICROSCOPIQUES

Graham, étudiant au microscope les granulations qu'il avait trouvées sur le péritoine pelvien d'un malade ayant subi trois mois auparavant une ponction dans un kyste du foie, avait constaté, le premier, que ces granulations d'aspect tuberculeux étaient constituées par de nombreuses cellules conjonctives jeunes entourant des jeunes formations hydatiques. Il avait pu découvrir, dans quelques-unes, de nombreux crochets. Et il avait figuré cette lésion dans trois planches très démonstratives.

Après lui, Krückmann et Lehne insistèrent sur la présence de cellules géantes au contact des formations parasitaires en général.

En 1897, de Quervain donna la première description histologique un peu détaillée de la lésion qui nous

occupe. Son examen avait porté sur un morceau d'épiploon prélevé au cours de l'opération (Cf. obs. IV). « Cette pièce renfermait un nodule de 1 à 2 mm. et un certain nombre de tubercules beaucoup plus petits. Le tissu fondamental était constitué par un tissu conjonctif très riche en cellules et fortement vascularisé par endroits. Il ne s'agissait évidemment pas du tissu épiploïque normal, mais d'une néo-formation cellulaire. On ne constatait plus de tissu adipeux qu'en un point. Les plus petits nodules se composent de quelques cellules géantes (parfois deux seulement), autour desquelles le tissu conjonctif riche en cellules se dispose concentriquement. Dans les nodules plus gros, entre les cellules géantes, surtout vers la périphérie, on trouve des cellules épithélioïdes ». Certains de ces petits tubercules renfermaient des débris hydatiques; par contre, on ne rencontrait nulle part de scolex ni de crochets. — Plusieurs figures démonstratives accompagnaient cette description.

Riemann donna, à son tour, en 1899, une description microscopique des « tubercules de corps étrangers » qu'il avait observés chez deux malades (obs. V, VII). D'une façon générale, on pouvait distinguer, trois zones, dit-il : a) Une *zone centrale* constituée par une masse finement grenue, peu colorable, au milieu de laquelle on reconnaissait des débris cuticulaires et parfois des crochets; à la périphérie de cette zone, on constatait une couronne de cellules géantes; b) une *zone moyenne*, formée par du tissu fibreux; c) une *zone périphérique*, constituée par un amas de cellules

rondes et fusiformes, étroitement tassées. — Dans une autre observation rapportée par Riemann (obs. VI), Ricker avait pu faire des constatations analogues.

Tusini (1900), dans un cas de pseudo-tuberculose péritonéale (obs. VIII), constate la structure suivante : petite masse constituée par une accumulation de leucocytes infiltrés dans les mailles d'un tissu conjonctif très délicat, entourant un fragment de membrane hydatique : pas de cellules géantes.

Nous arrivons au travail fondamental de M. Dévé où se trouvent décrites et figurées en détail les lésions histologiques de la pseudo-tuberculose hydatique.

L'étude de notre maître était basée sur une série de faits appartenant d'une part à la *pathologie humaine*, d'autre part à la *pathologie vétérinaire*, en troisième lieu à la *pathologie expérimentale*. Nous nous bornerons à reproduire le résumé que M. Dévé a donné de la constitution histologique de la pseudo-tuberculose échinococcique. « Cette lésion, dit-il, peut se présenter sous trois aspects bien différents :

« 1^{er} TYPE : *Tubercule de corps étrangers*. Au centre, un débris de membrane hydatique feuilletée, avec ou sans crochets, avec ou sans pigment biliaire, avec ou sans cholestérine ou surcharge calcaire. Ce noyau central est entouré d'une couronne de cellules épithélioïdes entremêlées de cellules géantes. Autour d'elles, une zone conjonctive plus ou moins fibreuse isole le corps étranger du tissu-hôte.

« 2^e TYPE : *Organisation fibroïde des scolex*. Les éléments caractéristiques (crochets, plaques calcaires)

des scôlex, isolés ou agminés dans un amas fibrino-leucocytaire, disparaissent. Il reste finalement un petit nodule conjonctif fibroïde sans signature.

« 3^e TYPE : *Vésicule échinococcique active*. La granulation pseudo-tuberculeuse est formée ici par une petite vésicule hydatique en activité, entourée d'une atmosphère conjonctive jeune. On constate une zone de cellules épithélioïdes et géantes au contact de sa cuticule. La zone conjonctive périphérique ne tarde pas à s'organiser en tissu fibreux lamellaire et l'on a alors sous les yeux un *kyste hydatique en miniature*, capable de poursuivre plus ou moins loin son évolution ultérieure ».

A la vérité, le deuxième type décrit par M. Dévé n'a guère été observé qu'en pathologie expérimentale. Il est pratiquement négligeable. Au surplus, on peut le faire rentrer dans le premier groupe de faits.

En définitive, il reste deux types, « *deux pseudo-tuberculoses hydatiques* », qu'il est essentiel de bien séparer.

Dans l'une, la granulation pseudo-tuberculeuse est centrée par des débris *inactifs*, par des formations parasitaires arrêtées dans leur évolution (*pseudo-tuberculose de guérison*);

Dans l'autre, le nodule est constitué par une vésicule hydatique secondaire *virace*, aux premiers stades de son développement (*pseudo-tuberculose prémonitoire de l'échinococcose secondaire*).

Ces deux lésions élémentaires, dont la signification est si différente, ont le même aspect objectif; nous y

insistons, elles sont *impossibles à distinguer l'une de l'autre, à l'œil nu*, surtout à un examen rapide et superficiel comme celui qui peut être fait au cours d'une laparotomie. L'examen histologique d'un échantillon prélevé par le chirurgien permettra seul de fixer la nature exacte et de préciser le degré de vitalité de la lésion.

On conçoit tout l'intérêt que ces données pourront acquérir au point de vue du pronostic ultérieur de l'affection. Nous y reviendrons, du reste.

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE

La cause de la pseudo-tuberculose hydatique secondaire du péritoine, c'est la *rupture intrapéritonéale d'un kyste hydatique fertile*, — que ce kyste soit primitif, comme il est de règle, ou qu'il soit déjà lui-même secondaire (1).

Le kyste originel, nous l'avons vu, siège habituellement dans le foie. Sa rupture est très souvent *spontanée*. Il paraît en avoir été ainsi dans dix-neuf de nos observations. Cette rupture survient à l'occasion « d'un des mille petits efforts de la vie courante » (Dévé), parfois même au repos. Elle peut, *a fortiori*, être provoquée par un *traumatisme*, par une chute, comme le fait s'est produit dans notre obs. XIII.

En opposition avec ces faits de rupture naturelle, il faut placer ceux où la dissémination hydatique est *produite artificiellement, par une intervention médicale ou chirurgicale*. Dans deux de nos observations (obs. I, XXIII), l'ensemencement du péritoine a été provoqué par une *ponction*. Cet ensemencement

(1) Dans ce dernier cas, on pourrait parler d'*échinococcose tertiaire* (Dévé, Railliet).

pourra être réalisé au cours d'une intervention sanglante, lorsque la cavité péritonéale n'aura pas été suffisamment protégée.

L'âge et le sexe des malades ne peuvent guère intervenir comme facteurs dans la fréquence de l'affection. Toutefois, nous ferons une remarque au point de vue de l'âge : c'est que la pseudo-tuberculose hydatique n'est pas exceptionnelle passé quarante ans, — à un âge où la tuberculose péritonéale véritable devient plutôt rare. On pourra, à l'occasion, tirer parti de cet élément de diagnostic différentiel. En reprenant nos observations utilisables à ce point de vue, nous notons, en effet :

de 10 à 20 ans	5 cas
— 20 à 30 —	4 —
— 30 à 40 —	2 —
— 40 à 50 —	6 —
— 50 à 60 —	3 —

Combien de temps après la rupture du kyste primitif observe-t-on la pseudo-tuberculose parasitaire? A ce point de vue, les cas se répartissent en deux groupes. Tantôt la lésion a été constatée de quelques semaines à deux, trois, quatre mois après la rupture (obs. I, II, IV, V, XV, XXIII, XXV) — et alors la pseudo-tuberculose était généralement pure; tantôt c'est seulement plusieurs années après l'ensemencement initial qu'on a été amené à l'observer (obs. VI, VII, X, XI, XIII, XVI, XIX, XX, XXI) — et dans ces cas on a presque toujours observé l'association de kystes multiples du péritoine.

Pathogénie

« Envisagée d'une façon générale, la pseudo-tuberculose hydatique du péritoine se présente comme une *réaction de défense de l'organisme* contre les éléments échinococciques inertes (débris de membranes) ou vivants (scolex, capsules proligères, petites hydatides) disséminés dans la séreuse » (Dévé).

C'est le lieu de rappeler que la lésion en question n'est pas spéciale à l'homme; *elle a été observée également en pathologie vétérinaire*. Pécard en a rapporté un exemple très démonstratif à la Société Centrale de médecine vétérinaire, en novembre 1906. Il s'agissait d'un cas d'échinococcose péritonéale observée chez un chien. « Entre tous les kystes, à leur surface et dans les replis abdominaux, s'en trouvent semés une infinité d'autres plus petits, de la grosseur de la tête d'une épingle, d'un pois ou d'une noisette. Par places, la séreuse pariétale et diaphragmatique est recouverte de granulations miliaires, translucides ou blanchâtres, rappelant les lésions de la péritonite tuberculeuse. Ces altérations, par leur aspect spécial, mériteraient bien le nom de *pseudo-tuberculose hydatique* qu'a donné Dévé à des altérations similaires chez l'homme ».

De ce fait typique, nous rapprocherons un cas inédit concernant le singe : nous avons pu l'étudier avec M. Dévé.

Chez un singe bonnet-chinois porteur de kystes du foie primitifs expérimentaux, on trouva semées en différents points du grand épiploon, de petites granulations blanchâtres, du volume d'un grain de millet, qui accompagnaient une série de kystes péritonéaux dont les uns étaient opaques et affaissés et les autres tendus et transparents. Les kystes péritonéaux dont il s'agit provenaient — M. Dévé put en faire la preuve (1) — de la rupture spontanée de poches hépatiques ayant projeté leur contenu intact ou rompu dans la séreuse abdominale. L'examen histologique des « granulations » épiploïques auxquelles nous faisons allusion a montré que l'on avait affaire à des pseudo-tubercules hydatiques typiques (avec cellules épithélioïdes et géantes), centrés par de petits fragments de membrane cuticulaire feuilletée.

Au surplus, cette lésion a pu être reproduite expérimentalement, en ensemençant du sable hydatique et des débris cuticulaires dans le péritoine du chien, du lapin, du cobaye. La méthode expérimentale a ainsi permis d'observer et d'étudier les réactions de l'organisme à l'égard des corps étrangers parasitaires.

Deux processus principaux caractérisent, d'après M. Dévé, les premiers stades de cette défense :

1° Un enrobage du corps étranger par un exsudat fibrineux ;

2° Un afflux de cellules migratrices.

(1) F. DÉVÉ. — Echinococcose primitive hétérotopique des séreuses. *Soc de Biologie*, 25 nov. 1911 et *Archives de Parasitologie*, 1912, T. XV. p. 497.

La réaction fibrineuse se traduit, à l'œil nu, par l'apparition de taches blanchâtres ramifiées, constituant une « sorte de réseau flottant, qui englué et emprisonne les éléments échinococciques libres dans la séreuse ». Elle peut aboutir à la formation d'adhérences ou d'une véritable fausse-membrane. Quant aux cellules migratrices, sans parler de leur rôle antitoxique encore un peu hypothétique, elles jouent, à l'égard de certains éléments, un rôle mécanique dont la démonstration est aisée à donner : il suffit d'injecter du sable hydatique dans le péritoine du cobaye et de prélever après douze ou vingt-quatre heures quelques gouttes de la sérosité péritonéale. M. Dévé a ainsi pu surprendre des leucocytes ayant englobé, phagocyté, des crochets et il a figuré ce processus dans des planches très suggestives (*Mémoire des Archives de médecine expérimentale*, fig. 12 et 13).

Un dernier point nous reste à discuter. Il concerne les relations pathogéniques qui peuvent exister entre la présence du *cholépéritoine* et la pseudo-tuberculose échinococcique.

Rappelons d'abord, pour fixer la fréquence de cette coïncidence, que dans huit de nos vingt-six observations les granulations étaient accompagnées d'un abondant épanchement bilieux, et que, dans deux autres cas on put retrouver les traces incontestables d'un *cholépéritoine* antérieur s'étant spontanément résorbé. Il est fort possible que la même coïncidence se soit produite dans d'autres observations, car nous savons par notre observation XX qu'on peut, quelques

années à peine après la résorption d'un cholépéritoïne même prolongé (sept mois!) ne plus retrouver vestiges reconnaissables de l'épanchement bilieux.

Or, il est bien certain que la bile altère la vitalité des germes hydatiques avec lesquels elles est en contact intime et prolongé. Aussi nous paraîtrait-il très plausible d'admettre que son action parasiticide ait joué un rôle actif dans le développement des pseudo-tubercules de guérison souvent observés en pareille circonstance.

Toutefois — et c'est un nouveau point sur lequel M. Dévé a appelé l'attention et dont il a donné la démonstration expérimentale (1) — les éléments hydatiques ne sont pas aussi sensibles à l'action de la bile qu'on l'a admis pendant longtemps. Les germes disséminés au moment de la rupture du kyste peuvent se greffer dans la séreuse et *s'y développer malgré la présence du liquide bilieux*.

Beaudet, dans sa thèse, a pu rassembler onze observations de ce genre. Le cas ultérieur de Morestin (obs. XX) est des plus suggestifs à cet égard.

Peut-être, il est vrai, les germes qui ont continué à évoluer dans les cas en question s'étaient-ils trouvés soustraits de bonne heure au contact *direct* de la bile, par un accolement partiel des feuilletts péritonéaux, par des adhérences, par l'exsudat fibrineux réactionnel les ayant enrobés et ayant joué le rôle de nappe isolante. Il se peut aussi que la cholerragie intra-péri-

(1) Dévé. — De l'action de la bile sur les germes hydatiques. *Soc. de Biologie*, 17 janvier 1903.

tonéale n'ait pas suivi immédiatement la rupture du kyste : les éléments échinococciques auraient ainsi eu le temps de s'enkyster, de se barricader, pour ainsi dire, avant l'irruption biliaire.

Quelle que soit la raison de cette particularité, ce qui est certain, c'est que *l'épanchement de bile associé à la pseudo-tuberculose hydatique ne constitue pas une garantie contre l'évolution des germes hydatiques ensemençés*, contre l'éclosion ultérieure de kystes secondaires de l'abdomen ou du bassin. Cette notion devra être retenue quand il s'agira d'apprécier le pronostic de l'affection.

SYMPTOMATOLOGIE

Ce que nous avons dit, dans les chapitres qui précèdent, de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de la pseudo-tuberculose hydatique explique que cette lésion ne donne lieu, dans la règle, à aucun signe clinique. En effet, les petits nodules greffés à la surface du péritoine n'ont aucun retentissement sur les viscères sous-jacents (foie, intestin) ; et, d'autre part, le processus réactionnel restant étroitement circonscrit, local, ne s'accompagne d'aucune irritation de la séreuse — exception faite pour quelques adhérences qui remontent peut-être aux premiers temps de la rupture, et pour un épanchement ascitique éventuel dont la pathogénie est peut-être complexe.

De Quervain l'avait déjà fait observer : « Cette forme de tuberculose de corps étrangers ne donne lieu à aucune symptomatologie subjective et ne se trahit nullement à l'exploration objective ». « *Par elle-même*, dit M. Dévé, *la pseudo-tuberculose hydatique n'a pas d'expression clinique. C'est une lésion silencieuse et latente* ».

Il n'en est que plus curieux de remarquer que, dans un certain nombre d'observations, le clinicien avait

cependant songé, en pareil cas, à une *péritonite tuberculeuse*: c'est ce qui s'est produit dans nos observations VIII, X, XX, XXI, XXIV.

Qu'est-ce qui, dans la symptomatologie, avait pu faire penser à la tuberculose péritonéale? — Reprenons les observations une à une. Cette revue nous permettra de donner, en même temps, une idée de l'aspect clinique des faits en question.

La malade de Tusini était une femme d'une cinquantaine d'années qui avait été prise, huit mois avant son entrée à l'hôpital, de douleurs épigastriques bientôt suivies de vomissements; de la fièvre était apparue, accompagnée de sueurs nocturnes. Lentement, progressivement, l'abdomen s'était tuméfié. A l'examen, on constatait un ventre développé, une circulation veineuse sous-cutanée, un ombilic proéminent. L'exploration des aines révélait des pléiades ganglionnaires. Par la palpation et la percussion du ventre, on trouvait tous les signes d'un épanchement ascitique mobile. On diagnostiqua une péritonite tuberculeuse probable. — L'opération donna issue à un liquide jaunâtre, trouble, chargé de flocons fibrineux : il s'agissait d'un cholépéritoiné hydatique.

Dans le cas de M. Dévé, on avait affaire à un homme de 44 ans, atteint d'une ascite accompagnée d'œdème des membres inférieurs. L'affection, dont le début était obscur, paraissait remonter à plusieurs années. Après évacuation de l'ascite par une paracenthèse, on avait constaté de nombreuses masses abdominales. — C'étaient des kystes multiples de l'épiploon. Quant à

l'ascite, elle était liée à une pyléphlébite chronique causée par la compression d'un gros kyste hépatique.

Voici les renseignements que Morestin donne au sujet de son cas, concernant une jeune femme de 27 ans : « Le ventre était très volumineux, uniformément distendu par un épanchement péritonéal présentant tous les caractères d'une abondante ascite. L'état général était médiocre, la malade avait maigri depuis quelques mois, se plaignait de diarrhées fréquentes, de crises douloureuses, qui semblaient en rapport avec le mauvais état de son intestin. L'exploration restait négative à l'égard du foie, de la rate, des annexes. Ne trouvant pas d'autres explications vraisemblables de son ascite, je pensai qu'il s'agissait d'un épanchement lié à une péritonite tuberculeuse. Comme il n'y avait aucun empâtement, aucun gâteau et que l'ascite était libre et considérable, le cas semblait favorable à l'action chirurgicale ». — A l'opération, on se trouva en présence du cholépéritoine hydatique.

Dans le cas de Weber, il s'agissait d'une femme de 43 ans, présentant dans la moitié droite de l'abdomen une tumeur bosselée mobile. On constatait, dans le cul-de-sac de Douglas et à droite de l'utérus, de petites tumeurs bosselées. On diagnostiqua une péritonite tuberculeuse reconnaissant probablement pour origine l'ovaire et la trompe droite; la tumeur abdominale fut regardée comme formée par un « épiploon infiltré de granulations tuberculeuses ». — L'opération montra des kystes multiples de l'abdomen.

Le malade de Cochez, un jeune garçon de 16 ans, en-

tre à l'hôpital avec le diagnostic de « carreau ». A l'examen, « les membres sont grêles et le ventre est énorme. A la région axillaire et inguinale existent de nombreux ganglions. Le ventre ballonné, lisse, tendu, marbré par la circulation collatérale, évase le bord inférieur du thorax. La matité est généralisée, sauf au niveau de l'estomac. Il n'existe pas de fluctuation abdominale. La palpation fait découvrir de nombreuses nodosités dont l'ensemble forme un gâteau semblable à celui que présente la péritonite tuberculeuse. Les antécédents héréditaires et les signes actuels sont en faveur du diagnostic d'entrée, qui est adopté ». — A l'intervention, kystes multiples de l'abdomen.

Dans tous ces cas, on l'a remarqué, *le kyste primitif du foie était passé cliniquement inaperçu.*

On a pu voir, d'autre part, que l'aspect clinique de « péritonite tuberculeuse » avait été dû, tantôt à la présence d'un *cholépéritoine*, tantôt à l'existence de *kystes multiples de l'abdomen*. C'est uniquement à cette coexistence que la pseudo-tuberculose hydatique latente avait emprunté, en l'espèce, le masque de la tuberculose péritonéale.

Faisons remarquer, dès maintenant, que l'*erreur clinique* en question, d'ailleurs fort excusable dans ces cas toujours obscurs, « *prédispose* » en quelque sorte le chirurgien à commettre une *erreur anatomique similaire*, au cours de son intervention.

DIAGNOSTIC

Si la pseudo-tuberculose hydatique du péritoine est privée de toute expression clinique propre, comment la diagnostiquer, comment la soupçonner?

Il est une circonstance spéciale dans laquelle *on peut la prévoir*, avec grande probabilité: c'est lorsqu'on a affaire à un malade atteint d'un kyste du foie évident et chez lequel l'interrogatoire permet de retrouver, à une époque peu éloignée, les signes d'une rupture intra-péritonéale: douleur brusque, affaissement de la tumeur, phénomènes de collapsus, vomissements, péritonisme, urticaire, avec ou sans fièvre.

C'est précisément ce qui s'est produit dans le cas de MM. Bataille et Duvé (Obs. XIII). Une malade atteinte de kystes hydatiques multiples du foie, d'un diagnostic non douteux, était entrée à l'hôpital pour se faire opérer. Or, en fouillant ses antécédents, on put retrouver les signes très nets d'une rupture traumatique d'un des kystes: chute sur le ventre, immédiatement suivie de douleur, de perte de connaissance, de collapsus et de signes de péritonite. L'accident en question remontait à deux ans. L'examen de la malade

n'avait rien révélé d'anormal par la palpation de son abdomen : ni épanchement, ni indurations, ni tumeurs. A l'intervention, le péritoine hépatique et sous-hépatique fut trouvé normal. Cependant, l'opérateur explorant l'épiploon pour y rechercher les traces de la rupture antérieure, découvrit une série de petites nodosités blanc-jaunâtres, que l'examen histologique montra être des pseudo-tubercules échinococciques.

Mais la rupture intra-péritonéale est loin de se traduire toujours par le grand ensemble symptomatique caractéristique que nous avons rappelé ; « il existe des *formes frustes* de la rupture intra-péritonéale des kystes ; cet accident peut même rester *latent* ». Aussi comprend-on que M. Dévé ait insisté « sur l'intérêt qu'il y a à *explorer systématiquement l'épiploon au cours de toute laparotomie pour kyste hydatique du foie* ».

Même lorsque la tumeur hydatique viscérale primitive n'a pas été diagnostiquée au préalable, il y a deux circonstances dans lesquelles l'opérateur averti saura reconnaître la lésion, *une fois le ventre ouvert* : d'une part, lorsque les « granulations tuberculeuses » co-existeront avec un ou plusieurs kystes hydatiques de l'épiploon, du bassin ; d'autre part, lorsqu'on se trouvera en présence d'une collection bilieuse torpide, survenue spontanément et dont les parois apparaîtront parsemées de nodules « tuberculeux ».

Les lésions étant sous les yeux de l'opérateur, quelles sont, dans la pratique, les erreurs d'interprétation susceptibles d'être commises ?

Une confusion avec les taches blanches de la *stéato*

nécrose d'origine pancréatique n'est guère possible, car, outre que les taches en question sont plates et sous-endothéliales, elles s'accompagnent d'un épanchement péritonéal séro-hémorragique. Au surplus, l'histoire clinique est, en pareils cas, très différente de celle qui s'observe dans la pseudo-tuberculose hydatique.

Plus délicat pourra être le diagnostic différentiel avec la *péritonite cancéreuse*. Cependant, ici encore, l'histoire clinique est différente et l'éruption des granulations cancéreuses s'accompagne ordinairement d'une ascite plus ou moins hémorragique. En outre, l'exploration de l'abdomen fait découvrir, quelque part, du côté de l'estomac, du foie ou du bassin, un néoplasme facilement reconnaissable.

C'est la *péritonite tuberculeuse* qui représente la principale cause d'erreur à bien connaître et à éviter. La confusion est d'autant plus facile à commettre que le chirurgien y est parfois poussé par une erreur de diagnostic clinique préalable. L'analogie d'aspect des lésions, sur laquelle nous avons longuement insisté dans notre chapitre anatomo-pathologique, a fait hésiter plusieurs opérateurs.

Dans un cas, au moins, l'erreur de diagnostic a été commise. On se rappelle que dans le cas en question (Obs. II) il existait un épanchement bilieux péritonéal. Or il nous semble que semblable erreur ne devrait plus se renouveler, à l'avenir, si les chirurgiens avaient bien présentes à l'esprit les particularités du *cholépéritoine hydatique* de Dédé.

L'attention de l'opérateur sera naturellement éveillée sur la nature échinococcique probable des « granulations » péritonéales lorsqu'il les découvrira chez un porteur de kyste hydatique du foie ou de la rate — qu'il ait ou non retrouvé une histoire de rupture dans les antécédents du malade. — Mais, nous l'avons déjà fait observer, le kyste n'a pas toujours été reconnu au préalable: le chirurgien intervient pour une prétendue péritonite tuberculeuse et il trouve, sur le péritoine et les viscères, des granulations « tuberculeuses ». En pareille circonstance, la présence d'un kyste hydatique dans le foie ou la rate, même s'il songe à la rechercher, lui sera très souvent malaisée à reconnaître. Cela pour plusieurs raisons: d'abord parce que l'opérateur aura généralement pratiqué une laparatomie *sous-ombilicale*, qu'il hésitera à prolonger jusqu'à l'épigastre; ensuite parce qu'il rencontrera fréquemment, dans la région sous-hépatique, des *adhérences* qui empêcheront ou gêneront son exploration; enfin parce que le kyste primitif rompu se trouve alors plus ou moins *affaîssé*.

Le problème va se compliquer encore du fait qu'une *coïncidence est possible* et qu'une *tuberculose péritonéale peut coexister avec un kyste hydatique du foie*.

On sait, en effet, qu'il n'est pas exceptionnel de voir la tuberculose se greffer, chez les porteurs de kystes hydatiques et apparaître à plus ou moins longue échéance chez les anciens opérés (1).

(1) Cf. BOUYER, Thèse de Paris, 1898. — ROUTIER, QUENU, GUINARD, *Soc. de Chir. de Paris*, 6 janv. 1909.

Jusqu'ici, il est vrai, on a surtout fait allusion aux faits de tuberculose *pulmonaire*; mais on conçoit bien que la localisation *péritonéale* puisse également s'observer.

La coexistence d'une péritonite tuberculeuse avec un kyste du foie a été signalée dans quelques observations. Mais nous ferons remarquer immédiatement que certaines de ces observations manquent de précision et sont bien loin d'être convaincantes: témoin, l'observation suivante de Cramer, intitulée « *Tuberculosis peritonei mit Echinococcus hepatis sub-phrenicus* »:

OBSERVATION II *bis*. — CRAMER.

Femme admise à l'hôpital le 17 juillet 1895. Dix mois auparavant, elle avait été prise de douleurs dans le ventre et avait remarqué une tumeur à l'épigastre. Le soir de la Pentecôte 1895, subitement, évanouissement, syncope et fort collapsus. On constate à la suite de cet accident que *la voussure abdominale a disparu*. La malade demeura plusieurs jours au lit et eut des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen. Quelques semaines plus tard, la tumeur réapparaissait et augmentait de volume.

Pas de tuberculose dans les antécédents héréditaires.

Opération le 18 juillet: Incision sur la tumeur. Il s'écoule du péritoine un liquide jaunâtre. On constate que l'estomac et une anse intestinale sont couverts de petites granulations blanches, de la grosseur d'une tête d'épingle. Plus loin se présente une poche à paroi flasque ayant refoulé le foie et l'estomac. On pense qu'il s'agit d'une poche de péritonite tuberculeuse enkystée et on l'incise. Il en sort un li-

guide trouble, jaunâtre, contenant des scolex. Marsupialisation. Suites simples, malgré une abondante cholerragie.

La malade sort guérie. Revue le 12 mai 1896, elle ne présentait pas de récédive.

Malgré son titre, cette observation n'est nullement démonstrative. Aucune preuve n'y est donnée de la nature bacillaire des lésions; on ne relève pas d'antécédents tuberculeux, pas de manifestations suspectes du côté des poumons; la malade guérit rapidement et resta guérie par la suite. Voilà déjà des raisons de douter un peu de la nature réellement tuberculeuse des granulations. Quand on remarque, maintenant, qu'il s'est produit, chez la malade en question, une rupture avérée d'un kyste du foie dans le péritoine, quand on se rappelle, d'autre part que l'opérateur s'est trouvé — le fait n'est guère douteux — en présence d'un cholépéritoine, on ne peut se défendre de penser que Cramer avait, en réalité, eu affaire à une pseudo-tuberculose échinococcique du péritoine accompagnée de cholépéritoine hydatique. Et nous nous croyons autorisé à joindre cette observation à celles que nous avons réunies à la fin de notre thèse. Si nous avons tenu à la discuter ici, c'est d'une part à cause du titre que lui avait donné son auteur, c'est aussi pour montrer, une fois encore, avec quelle facilité l'erreur de diagnostic peut se produire dans la pratique.

Peut-être s'est-il agi d'un fait du même ordre dans le cas rapporté par Quénu à la Société de Chirurgie (10 janvier 1900) lorsqu'il déclarait avoir trouvé chez un de ses opérés, « d'une part un kyste hydatique du foie

et d'autre part une éruption de *granulations tuberculeuses du péritoine* ».

Cependant, la coexistence possible d'une péritonite tuberculeuse *authentique* avec un kyste du foie ne peut être mise en doute (1).

Elle a été observée par Lagos-Garcia : « Dans un cas, dit-il, l'opération d'un kyste du foie nous montre le péritoine couvert de petites granulations miliaires qui nous firent croire que nous nous trouvions en présence de la forme pseudo-tuberculeuse de l'échinococcose secondaire. Or les coupes et l'examen anatomo-pathologique nous démontrèrent la véritable nature tuberculeuse de ces granulations ».

Nous pouvons en rapporter un nouvel exemple, inédit, que nous devons à M. le Professeur agrégé P. Carnot.

OBSERVATION P. CARNOT (Inédite) (2)

Le nommé Louis J., âgé de 48 ans, ébéniste, entrant le 19 janvier 1911, à l'hôpital Tenon, salle Trousseau, lit n° 8, pour des douleurs abdominales « en barre », occupant la région sus-ombilicale. Elle occupait les deux hypocondres (surtout le gauche) et les deux flancs. Ces douleurs, qui irradiaient souvent vers la jambe droite, présentaient des

(1) Pareille coïncidence d'une péritonite tuberculeuse véritable a été notée, à diverses reprises, dans l'échinococcose alvéolaire. Cf. en particulier: CAESAR. *Ueber Riesenzellenbildung bei Echinococcus multilocularis und über Kombination von Tuberkulose mit demselben*. Inaug. Diss., Tübingen, 1901. — ZSCHENTZSCH. Inaug. Diss., Zürich, 1910, Obs. III.

(2) Nous ne saurions trop remercier M. le professeur agrégé Carnot de l'extrême obligeance avec laquelle il a bien voulu nous communiquer cette très intéressante observation et nous permettre de l'utiliser dans notre travail.

exacerbations lancinantes, tantôt diurnes, tantôt nocturnes. Elles existaient même au repos et n'étaient pas notablement exagérées par le travail; elles augmentaient cependant quand le malade se penchait en avant; l'ingestion des repas les réveillait. Nausées et constipation opiniâtre.

A l'examen, amaigrissement notable. Ventre saillant, globuleux, tendu. Pas de circulation collatérale. On sent, occupant l'hypocondre et le flanc droits, une masse étendue, à contours diffus, difficile à délimiter. Il existe de même une masse mal limitée dans le flanc et la fosse iliaque gauches.

Rien de particulier au poulmon. Au cœur, souffle extra-cardiaque, systolique, parapexien et claquement du deuxième bruit, à l'aorte. Pas d'albumine dans les urines. Pas de syphilis. Pas de fièvre.

Le diagnostic clinique le plus probable paraît être celui de péritonite chronique tuberculeuse. Cependant la masse qu'on perçoit dans l'hypocondre droit éveille l'idée d'un kyste hydatique. On prie le Docteur Weinberg de faire l'examen du sang.

Le 31 janvier 1911, M. Weinberg trouve: réaction de Wassermann négative; par contre, *réaction de fixation hydatique très franchement positive*. La formule hémoleucocytaire donne: polynucléaires 77 %, mononucléaires 17 %, lymphocytes 5,66, éosinophiles 0,33.

On conclut donc à l'existence d'un kyste hydatique du foie, peut-être compliqué de kystes secondaires de l'abdomen ou de péritonite bacillaire. Le malade est passé dans le service de chirurgie du Docteur Souligoux.

Opération (Souligoux): Incision médiane sous-ombilicale très prudente. On tombe sur la masse intestinale adhérente à la paroi et enfoncée dans une séreuse épaissie; des brides fibreuses multiples barrent la route. On y constate des granulations de nature bien certainement bacillaires, dont on prélève un échantillon en vue d'un examen histologique.

Devant la difficultés de pénétrer dans la cavité abdominale et dans la crainte de léser l'intestin, on arrête là l'intervention. Suture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires simples, apyrétiques. La cicatrice se réunit par première intention dans ses deux tiers supérieurs; elle suppure un peu à sa partie inférieure.

L'examen histologique de la biopsie opératoire a révélé des *lésions tuberculeuses typiques*: nodules caséeux sertis par une zone de cellules rondes, sans cellules géantes, noyés dans une gangue conjonctive inflammatoire.

Le 10 mars: œdème blanc et mou des jambes. Pas d'albumine dans les urines. Pas de circulation veineuse collatérale, mais légère douleur dans la région poplitée droite. Régime déchloruré.

20 mars. L'œdème persiste, diminué à gauche, plus développé à droite. La plaie opératoire n'est pas totalement fermée.

27 mars. L'œdème a presque complètement disparu. La cicatrice abdominale est rouge, sensible.

29 mars. Le malade dit avoir beaucoup toussé pendant la nuit. Le pansement renferme du pus et des matières fécales (*fistule stercorale*).

3 avril. Le liquide de la fistule est verdâtre, bilieux et a à peine l'odeur de matières fécales. Le carmin arrive à la fistule après six heures.

Mort dans la cachexie, le 12 juin 1911.

Autopsie. — On doit enlever la masse abdominale en un bloc, car tous les viscères sont symphysés, solidarisés, par une gangue d'adhérences denses qui rendent toute dissection absolument impossible. On doit se borner à faire, sur la ligne médiane et au droit de chaque hypocondre, trois grandes sections verticales parallèles, intéressant toute la masse viscérale. Ces incisions font découvrir, profondément cachées à l'intérieur du foie, deux poches hydatiques an-

ciennes. L'une, logée dans le lobe droit, a le volume d'un citron. De forme irrégulière, elle renferme des membranes gélatineuses affaissées, sans liquide et sans hydatides vivantes : il s'agit d'un vieux kyste en involution. La seconde est logée dans le lobe gauche et a le volume d'une orange ; sa forme est régulière et elle renferme de nombreuses hydatides les unes vivantes, les autres affaissées.

Pas d'autres kystes. Quant à la gangue fibroïde péritonéale, elle est parsemée de tubercules plus ou moins caséeux.

On a pratiqué un nouvel examen histologique, qui a porté sur le foie, la rate et un morceau d'épiploon. Dans tous ces organes on a retrouvé des lésions tuberculeuses caractéristiques. Le foie était en dégénérescence graisseuse (foie gras tuberculeux).

Réflexions. — Cette observation nous semble intéressante par plusieurs côtés. Au point de vue clinique, d'abord, en montrant l'erreur de diagnostic provoquée par la péritonite tuberculeuse à forme fibreuse, dont les « plastrons » avaient simulé une tumeur hépatique, un kyste hydatique, — nous disons « simulé » car, en l'espèce, les deux kystes, intra-hépatiques et profondément cachés dans les hypocondres, étaient impossibles à percevoir.

Elle n'est pas moins suggestive au point de vue de la valeur de la réaction de fixation du complément. Ainsi, voilà un malade chez lequel la réaction de Weinberg, pratiquée par M. Weinberg lui-même est franchement positive. Le laboratoire conclut, de façon formelle, au kyste hydatique. Or, à l'opération, on tombe dans une péritonite tuberculeuse indiscutable, dont la

nature est d'ailleurs confirmée par la biopsie. Le laboratoire s'est donc trompé? Nullement. Six mois plus tard, l'autopsie de l'opéré vient révéler la présence, dans son foie, de deux vieux kystes hydatiques, que l'intervention saignante n'avait pu aborder (1).

Envisagée, enfin, de notre point de vue particulier, cette observation est intéressante en ce qu'elle apporte la démonstration de l'association possible d'une tuberculose péritonéale avec l'échinococcose hépatique.

Ce qu'il faut retenir de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, c'est la difficulté qu'il y a parfois à reconnaître par le seul examen macroscopique la nature exacte des lésions et l'utilité — nous dirons même la *nécessité* — qui s'impose de pratiquer, en pareil cas, l'*examen histopathologique* d'un échantillon des lésions, prélevé au cours de l'opération. *Seule, la biopsie tranchera avec certitude le diagnostic.* Elle ne sera pas seulement précieuse en cela, car, du même coup, elle pourra, dans une certaine mesure, faire prévoir le *pronostic* de la lésion.

(1) Toutefois, nous devons remarquer ici qu'on a signalé des cas dans lesquels la réaction de Weinberg, pratiquée par des chercheurs compétents et expérimentés, s'est montrée *positive dans des cas où il n'y avait pas de kyste hydatique*. Tuffier en rapportait un exemple récemment à la Société de Chirurgie (30 octobre 1912). M. Dévé a observé un fait du même genre, il y a quelques mois : chez un malade présentant une volumineuse tumeur de l'abdomen, la réaction de Weinberg avait été franchement positive; l'autopsie faite très complètement ne révéla cependant traces de kyste hydatique dans aucun organe : il s'agissait d'un volumineux hypernéphrome rétro-hépatique.

PRONOSTIC

En 1897, de Quervain écrivait à la fin de son mémoire : « Autant qu'on en peut juger jusqu'ici, la péritonite de corps étrangers échinococciques (*Echinokokkenfremdkörperperitonitis*) est la conséquence la plus favorable de la rupture des kystes. Elle est sans importance pour le malade, dans les cas légers tout au moins ».

Cette conclusion, même atténuée par la réserve contenue dans le dernier membre de phrase, nous paraît beaucoup trop optimiste.

En principe, le pronostic de la pseudo-tuberculose hydatique du péritoine sera très différent selon qu'on aura affaire à l'une ou à l'autre des deux formes de lésions que nous avons distinguées : essentiellement bénin dans la *pseudo-tuberculose régressive, résiduelle, cicatricielle, de guérison*, il deviendra sombre pour l'avenir dans la *pseudo-tuberculose active, progressive, prémonitoire d'échinococcose secondaire*. L'examen microscopique des lésions pourra apporter des renseignements précieux à ce point de vue.

Mais, il ne faut pas perdre de vue que, *dans la pratique, les deux types de lésions coexistent très souvent* : à côté ou à distance de granulations définitivement éteintes, il s'en trouvera d'autres en activité, véritable « graine d'échinococcose secondaire ». Aussi la biopsie ne peut-elle donner une garantie absolue quant à l'avenir, même lorsqu'elle révèle la présence de plusieurs granulations de guérison.

Un *examen clinique*, approfondi et périodique, des anciens opérés sera indispensable. Il permettra de dépister dans certaines régions d'élection l'éclosion ultérieure de kystes secondaires. A cet égard, il est une exploration sur l'importance de laquelle M. Dévé a insisté à maintes reprises : nous voulons parler du *toucher rectal ou vaginal*, lequel révélera, de bonne heure, le développement des tumeurs parasitaires dans le cul-de-sac de Douglas, point déclive de la cavité abdomino-pelvienne. La palpation soignée des fosses iliaques, des régions inguinales, des flancs, l'exploration de la cicatrice opératoire parfois éventrée, apporteront aussi des renseignements importants, en montrant la présence de petites tumeurs arrondies, résistantes, mobiles (souvent même fuyantes).

L'*examen radioscopique* n'apportera, en l'espèce, que des renseignements peu nets et toujours tardifs.

Par contre, nous possédons aujourd'hui, dans la *réaction de fixation du complément* (Ghedini, Apphatie et Lorenz, Weinberg et Parvu), un moyen de diagnostic des plus sensibles, susceptible d'apporter, dans les cas qui nous occupent, une donnée précieuse.

Toutefois, nous devons rappeler que l'accord ne paraît pas encore définitivement fait entre les biologistes au sujet de la *signification d'une réaction positive persistante après extirpation des kystes*.

Suivant Weinberg, dont les travaux font autorité en la matière, « les anticorps spécifiques disparaissent *lentement* du sérum des malades opérés de kystes hydatiques ». Il aurait trouvé une réaction positive encore après 6 mois, 9 mois, 15 mois, 22 mois, après 2 ans, 5 ans et même après 6 ans et 3 mois ! Weinberg accorde toutefois que l'interprétation doit être réservée pour les cas où la réaction est encore manifeste après plusieurs années.

Pour Apphatie et Lorenz — biologistes argentins, ayant une expérience très étendue de l'échinococcose — le problème n'est pas encore résolu. Ils ont vu la réaction disparaître déjà au sixième mois chez un malade et persister par contre au onzième mois, chez un autre malade.

Par contre, Parvu, qui poursuit depuis plusieurs années l'étude de cette réaction, fait des réserves formelles en présence de réactions positives à persistance prolongée. Lejars et Parvu estiment qu'on doit songer alors à la pluralité des kystes — ou aux *récidives*. Récemment, Laubry et Parvu sont arrivés à cette conclusion, que « les anticorps disparaissent du sang dans un délai de trois semaines à six mois après l'extirpation du kyste » et que « *la persistance des anticorps*

au delà de six mois environ indique soit un kyste passé inaperçu, soit une récurrence » (1). •

La question en est là, à l'heure actuelle. On comprend l'importance qu'elle présente à notre point de vue. Si l'opinion de Laubry et Parvu se confirme, la persistance de la réaction après six mois, après évacuation intégrale du kyste primitif, prendrait une grande valeur pronostique : elle signifierait ou bien qu'il reste d'autres kystes primitifs passés inaperçus au moment de l'opération, ou bien que les pseudotubercules constatés au moment de l'opération étaient du type actif et elle ferait craindre l'éclosion d'une échinococcose secondaire encore latente — à moins (comme nous l'a fait remarquer M. Dévé) qu'il ne soit démontré, par la suite, que la persistance, dans les tissus, de débris hydatiques même privés de vitalité suffise à entretenir la réaction spécifique pendant plusieurs années.

La rupture avérée d'un kyste hydatique dans le péritoine comporte donc un pronostic toujours réservé. Pourtant, on se rappellera que « toute rupture intra-

(1) Bibliographie : GHEDINI, *Gaz. d. ospedali*, 1906 et 1907. — APPIATIE et LORENZ, *Soc. méd. argentina*, 12 octobre 1908. — WEINBERG et PARVU, *Soc. de Biol.*, 5 déc. 1908.

WEINBERG. Recherche des anticorps spécifiques chez les anciens porteurs de kystes hydatiques. *Soc. de Biol.*, 27 mars 1909, p. 539.

WEINBERG. Sérodiagnostic de l'échinococcose, *Ann. de l'Institut Pasteur*, juin 1909. — WEINBERG. Sérodiagnostic de l'échinococcose. *Paris médical*, août 1911.

APPIATIE et LORENZ. La sérum-réaction hydatique dans cinquante cas d'échinococcose, *Rev. de la Soc. méd. argentina*, 1909, p. 439.

LEJARS et PARVU. Nouveaux documents sur la réaction de fixation dans les kystes hydatiques, *Soc. de Chir.*, 7 juillet 1909.

LEJARS et PARVU. La persistance des anticorps hydatiques en rapport avec la récurrence des kystes, *Soc. de Biol.*, 8 juillet 1911, p. 84.

péritonéale d'un kyste *même fertile* n'est pas fatalement suivie de l'éclosion d'une échinococcose secondaire » (Dévé).

Nous devons à notre maître, M. Dévé, de pouvoir faire connaître une observation très suggestive à cet égard, qui lui a été communiquée par le D^r Sabadini, d'Alger, dont l'expérience est grande en matière d'échinococcose. En vérité, on n'y trouvera pas mentionné de pseudo-tuberculose hydatique. Mais elle se rattache de si près à notre sujet que nous avons cru intéressant de la rapporter ici.

OBSERVATION SABADINI (Inédite) (1)

Volumineux kyste hydatique de la rate ayant fait explosion dans l'abdomen. Accidents immédiats bénins. Laparotomie; assèchement du péritoine; marsupialisation du kyste rompu. Suites éloignées favorables; pas de récurrence après plus de six ans.

La nommée C., Agathe, âgée de 18 ans, née de parents espagnols, dans le faubourg Bab-el-Oued (Alger), entre dans notre service de l'Hôpital civil, salle Lisfranc, le 18 mars 1905. C'était un lundi, jour d'opération. On nous la montre après nos opérations, à 1 heure de l'après-midi. Le facies est un peu pâle, le pouls fréquent mais bien frappé, le ventre tendu. La température atteint 37° 6. La malade est agitée et répond difficilement à nos questions. Tout ce que nous pouvons obtenir d'elle, c'est que son ventre a grossi depuis quelques mois, surtout en haut et à

(1) Nous exprimons à M. le Docteur Sabadini, chirurgien des Hôpitaux d'Alger, nos plus vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien nous autoriser à publier son intéressante et précieuse observation inédite.

gauche, et qu'elle souffre-horriblement depuis deux à trois jours.

Nous l'examinons. Le ventre est fortement tendu et surtout développé dans l'hypocondre gauche. La palpation décèle une énorme tumeur occupant tout le côté gauche, depuis les fausses côtes jusqu'au détroit supérieur du bassin, et dépassant d'un ou deux travers de doigt la ligne médiane. Elle est rénitente et mate dans toute son étendue, jusqu'à deux ou trois doigts de l'arcade fémorale. Au-dessous de cette ligne de matité, on perçoit nettement une zone de sonorité. Par le palper on a la sensation d'une énorme tumeur liquide en tension maxima.

La malade étant vierge, nous pratiquons le toucher rectal. Le bassin était vide. Le doigt ne perçoit aucune tumeur. Il n'y a donc aucune connexion entre les organes génitaux et la tumeur abdominale. Cette constatation est importante; car, à première vue, on était disposé à admettre un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Les renseignements fournis par le toucher combiné montrent donc que la tumeur est essentiellement abdominale, à développement sous-costal. On sent, en effet, la tumeur se prolonger sous le rebord costal. Quand on compare les deux côtés, on voit très nettement que les fausses côtes gauches sont repoussées en dehors et forment voussure.

Notre diagnostic est dès lors : *kyste hydatique de la rate, à tension maxima*, à opérer le plus tôt possible. L'heure tardive nous fait remettre, bien à regret, l'opération au lendemain. Nous prescrivons pour la journée quelques calmants.

Le lendemain matin, préoccupé par l'état de cette malade, nous nous rendons à l'hôpital à 7 heures du matin. En approchant, nous sommes immédiatement frappé par son facies, qui est rutilant et couvert de plaques d'urticaire

— et aussi par son calme qui contraste singulièrement avec son agitation de la veille. Aussitôt nous pensons à la rupture du kyste. Tranquillement, la malade nous raconte qu'elle a beaucoup souffert toute la journée après notre départ et une partie de la nuit. *Vers deux heures du matin, elle a senti comme un craquement dans le côté gauche, puis une chaleur s'est répandue dans tout son ventre* : à partir de ce moment elle n'a plus souffert. Elle prétend être guérie... Tout le corps est recouvert de plaques d'urticaire, comme la figure. Le ventre est aplati et souple, le pouls fréquent, dépressible. L'état général est satisfaisant, la température non élevée.

Un peu rassuré par cet état général, nous nous croyons autorisé à ne pas manquer un service régulier que nous sommes tenu de faire tous les mardis matin.

L'opération est pratiquée à une heure et demie de l'après-midi. Nous transcrivons ici la note du registre d'opération, prise par notre excellent interne le Dr Mattei :

« Anesthésie commencée au kélène, continuée au chloroforme. Laparotomie médiane. Incision partant de six centimètres au-dessus de l'ombilic et aboutissant vers le milieu de la ligne ombilico-pubienne. A l'ouverture du péritoine, on constate dans la cavité péritonéale un liquide *jaunâtre* assez abondant. On fait alors pencher la malade de façon à évacuer tout ce liquide.

La malade étant remise en place, on va à la recherche du kyste. On tombe tout d'abord sur une masse rénitente qui n'est autre que le rein gauche ectopié. Pour arriver sur le kyste, que l'on sent à travers le grand épiploon, on est obligé d'ouvrir l'épiploon avec le doigt. On arrive alors sur la poche kystique. Celle-ci, d'aspect blanchâtre, a le volume d'une grosse tête de fœtus; elle naît de la face interne de la rate, mais elle est logée profondément sous les fausses côtes. Aussi se décide-t-on à faire une contre-

ouverture latérale, parallèle aux fausses côtes, sur une longueur de 10 centimètres.

La poche est repérée avec une pince de Trélat. On évacue alors le péritoine de tout le liquide kystique et on ferme la paroi sur la ligne médiane par un seul plan de sutures au fil d'argent. On reprend la poche kystique, on l'amène un peu difficilement à l'ouverture du ventre, puis on l'incise sur une longueur de 6 à 7 centimètres en maintenant hors du ventre les bords de l'incision. On extrait la membrane germinative. On vide le kyste qui ne contient pas de vésicules filles. Le liquide kystique est d'un jaune *louche* et assez abondant. On assèche, puis on touche la poche largement avec une solution formolée à 2 pour 100. On marsupialise enfin le sac sur l'incision latérale au moyen de fils d'argent. Drainage de la poche avec deux gros drains ».

Pendant l'opération, le pouls de la malade étant petit et très rapide, on injecte un litre de sérum, ainsi que 50 centigrammes de caféine. On renouvelle ces injections les jours suivants.

Le troisième jour, le pansement est enlevé. On constate que les fils d'argent ont sphacélé les bords de la poche. On l'excise par morceaux à chaque pansement. Grands lavages à l'eau oxygénée. L'état général se relève rapidement. Le 23 mai 1905, la cavité a disparu.

La malade quitte l'hôpital le 30 juillet.

Revue le 9 décembre 1905 : elle se porte bien. L'incision parallèle aux fausses côtes est réduite à un pli fortement rétracté sur les fausses côtes. Il existe encore une petite fistulette profonde de 8 à 9 centimètres qui suinte très peu. On ne constate rien dans l'abdomen.

Cette malade est revenue nous voir en janvier 1906. Elle était complètement guérie et notre examen minutieux fut négatif au point de vue de l'échinococcose secondaire.

Un an après l'état était le même : parfaite santé et aucune récurrence péritonéale.

Elle a été rencontrée dans Alger en septembre 1911 : elle est bien portante et ne ressent absolument rien.

Voilà donc un cas où, six ans après une rupture intra-péritonéale avérée d'un kyste hydatique, la malade paraît indemne d'échinococcose hydatique. Cependant il ne faudrait pas conclure qu'elle est définitivement hors d'affaire. Notre observation XIII montre que l'éclosion des kystes secondaires peut ne devenir apparente que très tardivement, neuf ans après la rupture originelle. Aussi appuyons-nous la réserve de M. Dévé : « Une longue surveillance des malades sera nécessaire avant qu'on puisse conclure à leur indemnité ».

TRAITEMENT

Seuls les pseudo-tubercules hydatiques *actifs* seront intéressants à envisager au point de vue thérapeutique. Car les pseudo-tubercules d'involution sont constitués par des lésions éteintes, désormais immobiles et silencieuses.

C'est donc, en définitive, le problème du *traitement de l'échinococcose secondaire aux tout premiers stades de son développement* que nous aurons à envisager.

Théoriquement, cette affection apparaîtrait justifiable d'une *thérapeutique spécifique générale*.

Un traitement de cet ordre semblerait *a priori* susceptible — et *seul* susceptible — d'atteindre des lésions en quelque sorte *embryonnaires*, répandues sur toute la surface du péritoine, disséminées jusque dans les recoins les plus inaccessibles de la cavité abdominale. On n'aurait guère à redouter ici une infection secondaire des petits « cadavres hydatiques » (Dévé) abandonnés sur place après guérison de la lésion; car ces petits corps étrangers se trouvent logés dans un

« tissu fermé » — le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Comme le faisait remarquer récemment M. Dévé, « un traitement interne spécifique serait particulièrement précieux contre l'ensemencement échinococcique résultant de la rupture spontanée, traumatique ou opératoire d'un kyste fertile : *il réaliserait la prophylaxie idéale de l'échinococcose secondaire* » (1).

A-t-on fait des tentatives dans ce sens?

Les anciens médecins avaient, comme on sait, cherché à atteindre les parasites logés dans les viscères (foie, poumon, cerveau, etc.) par certaines médications internes. L'*iodure de potassium* et le *mercure* avaient été utilisés et vantés à ce titre. En réalité, pas un seul fait probant n'a été apporté à l'appui de cette action thérapeutique. Murchison, Frerichs et Semmola, Thomassi n'ont-ils pas démontré, du reste, que l'iodure de potassium, même pris à hautes doses pendant les jours qui précèdent la ponction ou l'opération, ne passait pas dans le liquide parasitaire?

Les médecins irlandais et australiens utilisèrent longtemps, avec le même espoir, mais sans plus de résultat, la *teinture de Kamala*, dont les vertus anthelminthiques étaient vantées des vétérinaires.

Récemment, de Kenzi, à la suite de Filetti et de Piazza-Martini, a tenté de rajeunir cette méthode de traitement et il a préconisé l'usage interne de l'*extrait éthéré de fougère mâle* (à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. *pro die*). Il a prétendu avoir obtenu, grâce à cette

(1) DÉVÉ, *Soc. de Biologie*, 41 nov. 1944.

médication, la guérison rapide d'un kyste du foie et d'un kyste du poumon. Le premier malade aurait été guéri après vingt jours, le second (dont le kyste s'était évacué dans les bronches), après « quelques » (!) jours de traitement (1).

Il était intéressant de soumettre au contrôle expérimental les faits avancés par de Renzi. C'est ce qu'a fait dernièrement M. Dévé, en recherchant quelle est l'action de l'extrait de fougère mâle sur le développement de la greffe hydatique (2).

Or, il résulte de ses expériences que « donné à doses proportionnellement égales et supérieures à celles que de Renzi a recommandées chez l'homme et durant un temps beaucoup plus long, l'extrait de fougère mâle reste *sans action* sur l'évolution des kystes échinococciques provoqués chez le lapin par inoculation de sable hydatique ». Il semble donc qu'on soit autorisé à conclure à l'inefficacité du traitement en question.

Un autre mode thérapeutique avait été proposé, il y a quelques années, qui, appliqué aux cas envisagés ici, pourrait être précieux : nous voulons parler de la *radiothérapie*. Diaz de la Quintana rapporta, en 1904, l'observation d'une femme qu'il aurait guérie de kystes multiples et volumineux du foie, après 47 séances de radiothérapie (3).

Cette observation unique fit, à l'époque, le tour de la

(1) DE RENZI. *Berliner klin. Woch.*, 14 déc. 1908, p. 2216.

(2) DÉVÉ. Greffe hydatique et fougère mâle, *Soc. de Biologie*, 11 nov. 1911, p. 420.

(3) DIAZ DE LA QUINTANA. *Siglo medico*, 7 août 1904.

presse médicale. Là encore, M. Dévé soumit la question à la vérification expérimentale. Il rechercha quelle était l'action des rayons X sur le sable hydatique (scolex) inoculé sous la peau du lapin. Dans les expériences qu'il institua, cette action se montra absolument *nulle*^o : les greffes se développèrent sans avoir été le moins du monde influencées (1).

Il nous reste à signaler, dans le même ordre d'idées, les essais tentés par M. Dévé, il y a déjà plusieurs années, dans le but d'obtenir une *sérothérapie anti-échinococcique*.

Se basant sur certains faits observés en pathologie humaine et vétérinaire et sur la constatation expérimentale de la résistance naturelle offerte par certains animaux (cobaye, chien) aux inoculations de sable hydatique, M. Dévé s'était demandé « s'il ne serait pas possible d'obtenir, en *hyperimmunisant* le cobaye (et le chien), par des inoculations répétées de sable échinococcique, un sérum qui, injecté au lapin, rendît cet animal réfractaire aux inoculations de scolex » (2). Ses tentatives expérimentales « demeurèrent douteuses ou échouèrent complètement ». Pourtant, il n'apparaît par irrationnel d'espérer réussir, quelque jour, à provoquer dans l'organisme l'élaboration d'anticorps capables d'arrêter le développement des germes spécifiques inoculés.

(1) DÉVÉ. Grefte hydatique et rayons X. *Soc., de Biol.*, 18 fév. 1905.

(1) DÉVÉ. Essai de sérothérapie anti-échinococcique. *Soc. de Biol.*, 24 janvier 1903.

En attendant la réalisation hypothétique de cette *thérapeutique spécifique*, quelle conduite devra tenir l'opérateur qui aura découvert, au cours d'une laparotomie, un semis de granulations hydatiques sur le péritoine?

Certains chirurgiens ont tenté une *excision des lésions* (obs. XI, XIII, XVI). Mais, comme bien on pense, ils ont dû renoncer à enlever toutes les granulations, car il eût fallu pratiquer une déperitonéisation étendue, irréalisable et dangereuse. *L'ablation préventive de l'épiploon* parsemé de tubercules hydatiques pourrait évidemment être faite. En réalité, une pareille résection, qui n'irait peut-être pas sans certains inconvénients ultérieurs, n'enlèverait que les lésions les moins dangereuses; plus importantes à détruire seraient les granulations périhépatiques, intestinales et surtout pelviennes.

Une *friction* faite avec une compresse stérile imbibée de solution physiologique serait peut-être ce qu'il y aurait de mieux à pratiquer en pareil cas. Elle devrait d'ailleurs être faite avec discrétion. En tous cas, on devra s'abstenir de *lavages antiseptiques* du péritoine, qui seraient aussi dangereux qu'illusoire. Tout au plus, pourrait-on attoucher discrètement les régions particulièrement granuleuses avec un tampon imbibé de solution formolée au centième, comme l'a fait L. Le Nouëne (obs. XXV). Encore y a-t-il lieu de se demander si l'action fixatrice du formol sur le tissu péritonéal ne serait pas plus marquée que son action parasiticide à l'égard des germes enkystés, — en

d'autres termes, si les inconvénients de cette pratique ne l'emportent pas sur ses avantages.

En définitive, sauf le cas de vésicules déjà notablement développées (du volume d'un petit pois, par exemple) qu'on pourrait sans doute se borner à écraser, il paraît plus sage de *s'abstenir* et de respecter les lésions à ce stade, — cela, d'autant plus qu'un certain nombre de granulations sont destinées à entrer spontanément en involution, même après un début de développement. Plus tard, lorsqu'apparaîtraient les signes d'une échinococcose plus ou moins diffuse de l'abdomen, il y aurait lieu d'intervenir.

Nous n'avons pas à entrer ici dans l'étude du traitement de cette grave affection. M. Dévé en a tracé les grandes lignes dans un récent mémoire. Bornons-nous à rappeler que les kystes multiples de l'abdomen devront être traités « à petites doses », dans des interventions successives, et qu'il faudra, d'une façon générale, « s'attaquer d'abord à la masse kystique pelvienne, aussi silencieuse qu'elle ait pu rester jusque-là et aussi apparentes que soient les autres tumeurs abdominales ». La raison de cette règle réside dans les compressions graves et insidieuses que déterminent les kystes enclavés dans la cavité osseuse du bassin.

Prophylaxie

On vient de voir combien imparfait et illusoire est, jusqu'à ce jour, le traitement curatif de la pseudo-

tuberculeuse hydatique du péritoine. Aussi, devra-t-on s'attacher à prévenir, autant que faire se pourra, l'éclosion de ce processus.

La prophylaxie de l'ensemencement hydatique dans la séreuse abdominale visera, d'une part, les *ruptures naturelles* des kystes, et, d'autre part, leurs *ouvertures artificielles*, d'ordre médical ou chirurgical.

Prétendre empêcher toute rupture spontanée ou traumatique des kystes serait vain. Car « *l'accident* » « *survient souvent avant qu'on ait diagnostiqué le* » « *kyste*, avant qu'on ait même soupçonné la présence » « *d'une tumeur hépatique*. En sorte qu'on pourrait » « *dire*, sous une forme à peine paradoxale, que nombre » « *de gens bien portants se promènent avec un kyste* » « *hydatique du foie latent, prêt à se rompre dans leur* » « *abdomen* » (Dévé).

Du moins, devra-t-on *faire opérer sans retard tout kyste hydatique abdominal diagnostiqué*. — La règle devra être plus spécialement stricte, comme l'a fait observer M. Dévé, lorsqu'il s'agira d'individus exposés aux efforts et aux traumatismes, du fait de leur profession, ou des enfants toujours turbulents voués aux heurts et aux chutes.

Il n'est plus besoin, à l'heure actuelle, d'insister sur l'importance qu'il y a à s'abstenir de toute *ponction exploratrice*, lorsqu'on soupçonne un kyste hydatique. Cette exploration doit être définitivement abandonnée des médecins et des quelques chirurgiens qui l'utilisent encore, d'autant plus que nous possédons aujourd'hui

dans la réaction de la déviation du complément un signe révélateur spécifique.

Quant à la dissémination artificielle des éléments hydatiques dans le péritoine *au cours de l'intervention sanglante*, elle sera évitée si le chirurgien s'astreint à deux temps opératoires dont l'importance est aujourd'hui universellement admise :

1° *La protection très exacte de la cavité péritonéale*, par des compresses de gaze circonscrivant étroitement le kyste à ouvrir.

2° *L'injection parasiticide préalable*, recommandée par M. Dévé, dès février 1901 (1) et qui est destinée à « tuer tous les germes échinococciques dans le kyste avant l'ouverture large de la poche ».

OBSERVATION I. — GRAHAM.

Homme atteint d'un kyste hydatique siégeant à la face inférieure du lobe droit. Ponction. Mort de consommation trois mois après, avec un kyste supuré du foie. A l'autopsie, G. trouva le grand épiploon tout constellé de *très petits points semblables à des tubercules blancs, perlés*; quelques-uns avaient la grosseur d'un petit pois. On retrouvait la même lésion à la face supérieure de la rate, sur les reins et le mésentère. Mais le point où la lésion offrait l'aspect le plus remarquable était le péritoine pelvien, au niveau du cul-de-sac de Douglas et du recessus utéro-vésical. La surface de la séreuse y était, au toucher, rugueuse, papilloma-teuse. Il existait des centaines de petites granulations sur

(1) F. DÉVÉ. Des greffes échinococciques. *Société de Biologie*, 2 février 1901. — QUEMIN. L'injection parasiticide préalable. *Thèse de Paris*, 1909.

le péritoine vésical et sur les deux faces de l'utérus. La grande majorité de ces élévations avaient à peine la grosseur d'un grain de sagou.

Des coupes histologiques de l'épiploon et d'une portion du péritoine du cul-de-sac de Douglas montraient, au microscope, la structure caractéristique des jeunes formations hydatiques. On y constatait la stratification de la cuticule et de nombreuses cellules conjonctives jeunes proliférant activement de l'ectocyste. Quelques-unes renfermaient de nombreux petits crochets.

OBSERVATION II. — DEBOVE et SOUPAULT.

Jeune fille de dix-sept ans prise, le 8 juin 1892, subitement, sans faire ni effort, ni chute, d'une douleur très vive dans l'hypochondre droit, accompagnée d'état syncope et suivie de dysurie et de ténesme. Les douleurs s'atténuaient les jours suivants; vers le cinquième jour, le ventre commença à se ballonner lentement et progressivement. Le 22 juin, on fit une ponction de l'abdomen qui donna un liquide si fortement coloré qu'on pensa avoir ponctionné une vésicule biliaire énormément distendue.

Laparotomie, le 1^{er} août 1892. Pas de vésicule biliaire dilatée. « En outre, dit Debove, *le chirurgien, nous montrant deux points blancs, nous dit qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse* ». On referma le ventre.

Peu de temps après l'ascite s'était reproduite et nécessitait deux nouvelles ponctions. A la dernière, un examen microscopique du liquide bilieux avait révélé la présence de crochets et de débris de membranes hydatiques.

La malade sortait guérie en apparence en février 1893. Un an plus tard, elle rentrait à l'hôpital avec des masses irrégulières dans l'abdomen et des accidents infectieux

d'origine hépatique. Nouvelle intervention chirurgicale. Mort le soir même.

A l'autopsie, kystes multiples de la cavité abdomino-pelvienne et kyste hydatique suppuré du foie.

OBSERVATION II *bis*. — CRAMER (Voir page 49).

OBSERVATION III. — LUBARSCII-LEHNE.

A l'autopsie d'un individu chez lequel une rupture d'un kyste du foie s'était produite, on constate à la surface du foie et du péritoine de nombreux tubercules de corps étrangers développés autour de membranes hydatiques.

OBSERVATION IV. — DE QUERVAIN.

Une jeune fille de dix-neuf ans remarqua, en août 1896, une certaine distension de l'abdomen qu'elle n'avait pas observée jusque-là. Un jour, à l'occasion d'un violent effort, elle ressentit dans l'abdomen une douleur très vive et, peu après, vit apparaître sur tout son corps une éruption d'urticaire. Pas d'autres accidents. Cependant, le ventre augmentant de volume, elle entre à l'hôpital quatorze jours après la poussée d'urticaire. On porte le diagnostic de kyste hydatique du foie, en se basant sur l'existence de l'urticaire.

La malade reste deux semaines en observation. Une ponction explorative fait prévoir une ouverture du kyste. Le matin de l'opération, changement complet : le kyste a dû se rompre à nouveau dans la nuit, cette fois sans urticaire.

Laparotomie. A l'ouverture du ventre, on trouve l'épiploon et l'intestin adhérents de toutes parts. Les adhérences

les plus fortes se trouvent un peu à droite de la vésicule biliaire; là, l'épiploon et l'intestin sont soudés à la face inférieure du foie. En décollant les adhérences, on donne issue à plusieurs litres d'un liquide bilieux. Le péritoine viscéral montre, aussi bien sur l'intestin que sur le mésentère et l'épiploon, une quantité de *nodosités de la grosseur d'un grain de millet et de chènevis*, dont les plus petits sont grisâtres et transparents, tandis que les plus gros sont blanchâtres et troubles. *Cet aspect rappelait à tel point l'aspect de la péritonite tuberculeuse que l'on put avoir un moment des doutes sur l'exactitude du diagnostic porté.* Cependant la coloration trouble et verdâtre de l'épanchement ne cadrait guère avec l'hypothèse d'une tuberculose. — On trouve à la face inférieure du foie une poche kystique remplie de liquide verdâtre semblable au contenu de la cavité abdominale (il fut d'ailleurs impossible de découvrir aucune perforation au niveau de cette poche). Ouverture large du sac.

Examen histologique des nodosités : pseudo-tuberculose de corps étranger.

Suites simples. Deux mois après l'opération, la malade était en excellent état et ne conservait plus qu'une fistule biliaire sécrétant peu. L'exploration de l'abdomen montre un état absolument normal : il n'y a pas trace d'épanchement.

OBSERVATION V. — RIEMANN.

Homme de 47 ans, entré dans la Clinique le 23 mars 1895. Depuis Noël il remarque que son ventre augmente. Deux ponctions exploratrices faites en ville dans les dernières semaines ont donné un peu de liquide jaune foncé. A l'examen on découvre plusieurs voussures dans l'abdomen. Une ponction exploratrice donne un liquide jaune foncé qui se

laisse difficilement aspirer; il ne donne pas de renseignements caractéristiques, il ne contient aucun crochet.

Le 4^e avril 1895, laparotomie. A l'ouverture du péritoine, l'épiploon se présente d'abord, légèrement adhérent. A sa surface existent de *nombreux nodules dont la grosseur varie de la tête d'une épingle à un grain de mil*; de place en place il en est d'un peu plus gros, les uns ronds, d'autres ovales ou étirés en longueur, jaunâtres, assez durs. L'épiploon est vascularisé, un peu plissé, sans phénomènes inflammatoires. En arrière et à gauche de l'épiploon existe une grosse masse fluctuante, à l'incision de laquelle jaillit une grande quantité d'un liquide trouble et jaune contenant des vésicules filles et des membranes. Cette poche s'étend en bas et à gauche jusque dans le petit bassin qu'elle remplit. La surface interne est chagrinée et hérissée de vésicules filles; sa surface externe porte des nodules jaunâtres isolés; atteignant la grosseur d'un grain de mil.

Mort le lendemain de l'intervention. A l'autopsie, on constate un kyste du foie rempli d'un liquide verdâtre renfermant des hydatides plus ou moins affaissées, teintées par la bile, qui communique avec la collection abdominale. A la surface et à l'intérieur de l'épiploon qui recouvre les replis intestinaux, on découvre des nodules disséminés, rappelant les scolex; il en existe de même sur le péritoine hépatique et sur la séreuse intestinale. Examen histologique : pseudo-tuberculose de corps étrangers.

OBSERVATION VI. — RIEMANN.

Homme de 50 ans, tombé malade en 1895, avec de fortes douleurs dans l'hypochondre droit et de la diarrhée. Un médecin constata à cette époque une voussure du foie qui, dans la suite, alla s'accroissant. Il eut cinq attaques semblables dans ces deux dernières années. Environ six mois

après la dernière attaque apparut un gonflement du flanc gauche qui, depuis, augmenta lentement.

A l'examen, on constate la présence de plusieurs tumeurs fluctuantes, rondes, mobiles, dans l'abdomen. En outre, une tumeur occupe le bassin; elle dépasse de deux à trois travers de doigt la symphyse.

Intervention (fin 1897). Laparotomie médiane sous-ombilicale : on tombe dans des adhérences unissant la tumeur pelvienne à la vessie. On prolonge l'incision au-dessus de l'ombilic et on arrive dans le péritoine libre. Décortication d'une série de kystes péritonéaux qui se rompent au cours de la décortication. Dans l'épiploon se trouvent de très nombreuses petites vésicules du volume d'une noisette et de *très petites nodosités grises grosses comme une tête d'épingle, pour la plupart*, et de plus petites encore. Ouverture d'un kyste occupant la fosse iliaque gauche. Guérison opératoire, sans incidents. — Quelques semaines plus tard, on ponctionne, par le rectum, le kyste pelvien (injection d'eau phéniquée et de liqueur de Van Swieten) : un mois après cette injection, on ne sentait plus de tumeur dans le cul-de-sac de Douglas.

OBSERVATION VII. — RIEMANN.

Femme de 46 ans, amenée à l'hôpital le 22 décembre 1898, avec une hernie ombilicale étranglée. Opération d'urgence. Résection d'une anse intestinale sphacélée par la compression du collet. Le péritoine est granuleux, rugueux au toucher. *La séreuse de l'intestin grêle est par endroits couverte de fins nodules blanchâtres.* Dans l'abdomen, il y a plusieurs litres d'un liquide jaunâtre, bilieux. Une partie de la face inférieure du foie est occupée par une tumeur kystique, du volume d'une tête d'enfant, qui est flasque comme une balle élastique percée. Dans l'épiploon rétracté,

sur le mésocolon et entre les replis de l'intestin fixé par de fausses membranes, on trouve de petites tumeurs kystiques, dont la grosseur varie entre un pois et une noix. Certaines sont claires comme de l'eau, d'autres avec une capsule dure et blanchâtre, sont opaques. Un kyste de la grosseur d'une prune, qu'on dégage de ses adhérences au bord inférieur du foie contenait une douzaine de vésicules filles et de nombreuses membranes.

Les résultats de l'intervention firent penser à une dissémination de germes par la rupture d'un kyste primitif du foie. L'interrogatoire révéla que la malade s'était, deux ans auparavant, donné un effort en portant un seau d'eau et qu'elle avait ressenti une « déchirure » dans la poitrine. A la suite de cet accident, le ventre augmenta de volume; de Pâques 1897 au printemps 1898, on dut faire six paracentèses de l'abdomen, qui retiraient chaque fois de 4 à 15 litres de liquide légèrement rougeâtre (?). Après quoi la malade s'était sentie soulagée. C'est à la suite de cette forte tuméfaction du ventre (printemps 1898) que se forma l'éventration ombilicale qui devait nécessiter l'opération d'urgence.

OBSERVATION VIII. — TUSINI.

Il s'agissait d'une femme de 51 ans, entrée à l'hôpital le 10 mai 1897.

Début des troubles en septembre 1896 : douleurs épigastriques, vomissements, fièvre accompagnée de sueurs nocturnes. En octobre, l'abdomen commence à se tuméfier et augmente lentement mais progressivement de volume.

A l'examen, ventre développé, circulation veineuse sous-cutanée, ombilic proéminent, pléiades ganglionnaires inguinales. Epanchement abdominal mobile avec la position de

la malade; fluctuation nette. Foie et rate paraissant dans un état normal.

Diagnostic : probablement *péritonite tuberculeuse*.

A l'opération, après écoulement d'une grande quantité d'un *liquide jaunâtre très trouble*, chargé de flocons fibreux blanc-grisâtre qui le faisaient ressembler au liquide de certaines *péritonites tuberculeuses*, avec abondant dépôt fibrino-caséeux, on avait extrait du bas-fond pelvien des débris de membrane vitrée et deux petites vésicules hydatiques opaques, gélatineuses et vides. La cavité péritonéale une fois débarrassée de son contenu, on avait constaté que le péritoine était tapissé par une sorte de membrane enveloppant tous les viscères abdominaux, et constituée par un tissu lardacé renfermant un *grand nombre de petits nodules, gris-jaunâtres, friables, semblant formés par une substance caséuse* (l'examen histologique révéla qu'il s'agissait de pseudo-tuberculose hydatique).

En haut, la poche se continuait avec le foie qui, par une partie de sa face inféro-postérieure, formait la voûte de cette sorte de sac.

Après un nettoyage complet du sac, pour enlever toute la masse grise adhérente, on tenta, en deux points, d'enlever la membrane de néoformation. Mais il y avait de telles adhérences de la masse intestinale qu'on jugea peu prudent d'insister et qu'on arrêta cette tentative de décortication. Tamponnement et drainage.

Suites opératoires d'abord légèrement fébriles avec sécrétion abondante par les drains. Bientôt, amélioration rapide. La malade sort de l'hôpital le 11 juin 1897.

Trois ans plus tard, l'ancienne opérée pouvait se livrer aux travaux fatigants des champs. La guérison pouvait être considérée comme définitive.

Remarque. — Tusini insiste sur l'aspect insolite offert par les tissus intéressés. « Dans ce cas, dit-il, sans la pré-

sence des deux petites vésicules hydatiques trouvées libres dans le sac péritonéal, la simple inspection macroscopique des lésions, jointe à l'aspect clinique spécial, eût facilement *fait conclure à une affection tuberculeuse*, en l'absence d'aucune autre trace macroscopique visible d'éléments parasitaires ».

OBSERVATION IX. — PEYROT-MILIAN.

Homme de 55 ans présentant des tumeurs multiples de l'abdomen.

Opération. On trouve une grosse tumeur médiane sur laquelle l'épiploon est étalé; il s'agit d'un kyste uniloculaire qui est vidé et enlevé. On enlève ensuite un deuxième kyste gros comme le poing, situé dans l'épiploon, à droite du premier; il est lui-même entouré de kystes plus petits, de la dimension d'une noix et d'une noisette. *Le péritoine est, au voisinage, parsemé de grains blanchâtres gros comme des grains d'orge.* On ouvre ensuite un kyste rétro-stomacal, puis un kyste hépatique vide, à parois flottantes. Enfin ablation d'un kyste juxta-splénique et d'un kyste juxta-colique.

Un morceau d'épiploon réséqué au cours de l'opération renfermait de petits kystes, du volume d'un pois. Quelques-uns étaient vésiculaires; d'autres mous, flasques, renfermaient des vésicules filles, flétries, plongées dans une sorte de *boue grise*, formée de matière gélatiniforme dans laquelle le microscope révélait des cristaux de cholestérine. Certains petits kystes sont jaunes, durs, crétacés. « Enfin il existe sur l'épiploon des *granulations analogues aux granulations miliaires très fines.* »

OBSERVATION X. — DÉVÉ.

Homme de 44 ans, entré à l'hôpital en août 1898, pour de l'ascite accompagnée d'œdème des membres inférieurs.

Le début de l'affection paraît remonter à huit ans. Après une ponction abdominale qui donne douze litres de liquide citrin, on explore l'abdomen : on trouve un foie gros, à surface irrégulière, une tumeur mamelonnée dans la fosse iliaque droite. Une autre tumeur volumineuse occupe tout l'hypogastre. On hésite entre plusieurs diagnostics : *péritonite tuberculeuse fibro-caséeuse*, cancer du péritoine, sarcome rétro-péritonéal, fibromes multiples ou kystes hydatiques multiples. Mort, dans la cachexie, le 1^{er} déc. 1898.

A l'autopsie, innombrables petits kystes transparents semés sur tous les organes. Le foie renfermait trois volumineux kystes hydatiques primitifs.

L'épiploon était littéralement farci de kystes du volume moyen d'une cerise. Parmi ces kystes, les uns étaient vivants, remplis de liquide transparent; plusieurs d'entre eux avaient à peine le volume d'un noyau de cerise, d'un petit pois, d'un grain de chènevis. Les autres étaient en involution, opaques, remplis d'une *substance caséeuse* renfermant des cristaux de cholestérine. Le volume de ces derniers ne dépassait guère la grosseur d'un haricot; la plupart avaient les dimensions d'une petite lentille. Enfin il en était de tout petits, *visibles à la loupe, sous la forme de fines granulations blanchâtres*.

OBSERVATION XI. — REBOUL.

Femme âgée de 18 ans. A l'âge de 10 ans, la malade avait éprouvé de violentes douleurs abdominales. Un médecin appelé aurait constaté une tumeur. Un mois après tout était rentré dans l'ordre. A 16 ans, nouvelle crise de douleurs abdominales qui ne dure que quelques jours. A 17 ans, la malade se marie et devient enceinte. Accouchement normal, en février 1903. Le ventre reste volumineux après l'accouchement. Examen : tumeur pelvienne.

Opération : kystes hydatiques pelviens multiples. « Le péritoine du petit bassin est parsemé de *petits kystes miliaires*. J'excise quelques îlots et suture au catgut les pertes de substance de la séreuse. Ne pouvant enlever tous ces *semis hydatiques* sans dépéritonéiser le bassin, je touche ces petits kystes au naphthol camphré, n'ayant pas à ma disposition la solution de formol recommandée par Duvé ». — « Les kystes extraits étaient en pleine évolution, aussi bien le grand kyste du ligament large que les petits kystes péritonéaux miliaires, ainsi que me l'a démontré l'examen microscopique ».

OBSERVATION XII. — ARCE.

« J'ai eu l'occasion d'observer, dans un cas, une *multitude de petites tumeurs hydatiques parsemées sur les deux feuillets du mésentère et qui donnaient, à première vue, l'idée d'une tuberculose ou carcinose secondaire* ».

OBSERVATION XIII. — BATAILLE-DÉVÉ.

Jeune fille âgée de 24 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Rouen le 5 novembre 1904, avec des kystes multiples du foie.

Dans ses antécédents on relevait un accident important survenu deux ans auparavant, le 5 décembre 1902 : à la suite d'une chute à plat ventre, sur une bouteille, la malade avait été prise d'accidents péritonéaux très graves s'étant accompagnés d'une éruption de « boutons » (attribuée à l'émotion); le ventre s'était ensuite mis à enfler et était resté volumineux et sensible pendant plus de deux mois.

La nature exacte de ces accidents n'avait pu être reconnue, à cette époque (on avait parlé seulement d'un « commencement de péritonite »); mais, rétrospectivement, ils permettaient de conclure à la rupture traumatique d'un

des kystes hépatiques dans le péritoine. Aussi explora-t-on intentionnellement la cavité abdominale à ce point de vue au cours de l'opération, pratiquée le 15 novembre 1904, par le Dr Bataille.

À l'ouverture du ventre, on constate un peu d'ascite citrine, avec légère périhépatite. *L'épiploon, exploré, apparaît parsemé de nodules irréguliers, noueux, du volume d'un grain de millet à une lentille, de couleur blanc-jaunâtre, chamois.* (L'examen histologique vint confirmer qu'il s'agissait bien de pseudo-tuberculose hydatique). Ouverture de deux kystes hépatiques, dont un bourré de vésicules filles et envahi par la bile. Marsupialisation et drainage séparés des deux poches.

L'état général s'améliore rapidement après l'opération, mais il est manifeste qu'il reste encore deux kystes dans le lobe droit du foie. Ces deux poches furent ouvertes, dans une deuxième intervention, le 15 février 1905.

La malade, revue en juin 1906, avait repris son ancien métier de tisseuse. Son état général était excellent. Le ventre était souple et libre : on n'y percevait aucune tumeur à la palpation des hypochondres, de l'hypogastre, ni des fosses iliaques; aucuns troubles vésicaux ni utérins.

Appendice (1). — La malade a été revue par M. Dévé, le 10 décembre 1911, *sept ans après la dernière intervention, neuf ans après la rupture initiale du kyste hépatique.* Elle présentait à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche deux tumeurs rénitentes constituées sans nul doute par des *kystes hydatiques* dont le *siège* paraît périhépatique et périgastrique, et dont la *nature* est probablement secondaire. L'exploration très attentive de l'abdomen, des fosses iliaques, du bassin (toucher vaginal) ne révèle pas d'autres tumeurs dans le reste de la cavité abdomino-pelvienne.

(1) Note communiquée par M. Dévé.

Depuis sa dernière opération, la malade s'était mariée (en juin 1906) et en mai 1907, elle avait accouché, sans le moindre incident.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu au début de février 1912, dans le service du Dr Bataille.

Opération, le 8 février 1912 (Dr BATAILLE).

Première incision, épigastrique médiane. On arrive sur un kyste du volume du poing, noyé dans des adhérences. Ponction; formolage. Ouverture de la poche; extraction de la membrane mère. Suture simple sans capitonnage, avec fixation à la face postérieure de la paroi abdominale. Fermeture sans drainage.

Deuxième incision, parallèle au rebord des fausses côtes gauches. On découvre un kyste péritonéal, situé en avant de l'estomac, noyé dans des adhérences lâches : on en pratique l'extirpation complète. Au cours des tractions, il se produit une légère déchirure du kyste rapidement aveuglée par une pince en cœur : le jet de liquide hydatique s'est fait hors du ventre; peut-être cependant quelques gouttes sont-elles tombées dans la plaie. Fermeture de l'abdomen sans drainage, après qu'on s'est assuré qu'il ne reste pas d'autres kystes.

Suites opératoires remarquablement simples. La malade sort de l'hôpital *le neuvième jour*, en excellent état.

OBSERVATION XIV. — RIEMANN-BECKER.

Homme de 42 ans, ayant été atteint de fièvre typhoïde, il y a un an. A cette occasion, on découvre plusieurs tumeurs dans son ventre. Il y a six mois, brusquement, accidents péritonéaux graves. On trouve une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas et au-dessus de la vessie. Au troisième jour de la maladie, issue de débris hydatiques par les urines. La tumeur vésicale diminue. Amélioration.

A l'examen, on constate un foie non augmenté. A droite de l'ombilic, une tumeur grosse comme le poing très mobile. Une seconde, plus petite, à la partie inférieure gauche de l'abdomen. Une troisième, au-dessus de la symphyse, au sommet de la vessie.

Le 7 mars 1901, énucléation de deux kystes hydatiques du mésentère, d'un kyste du mésocolon, puis d'un kyste du petit bassin situé à la face postérieure de la vessie. Dans le lobe droit du foie, kyste hydatique gros comme le poing. *La séreuse des intestins est couverte d'innombrables petites nodosités jaunâtres, disséminées, qui sont également de nature échinococcique.* Guérison opératoire. Sorti le 6 avril 1901.

Le malade vit encore en mars 1906, mais il est atteint de récurrence hydatique.

OBSERVATION XV. — LAGOS et GARCIA.

Fillette portant un kyste hydatique du foie avec signes évidents de rupture survenue quelque temps avant. L'attention attirée sur ce point, on trouve *l'épiploon, le mésentère et la séreuse péritonéale, tant viscérale que pariétale, parsemés de petites granulations dont l'aspect, le volume et la distribution rappellent les lésions produites par la péritonite tuberculeuse.* C'est le microscope qui, en nous révélant des lamelles chitineuses et des restes de scolex, nous démontre la nature échinococcique de ces productions.

OBSERVATION XVI. — PASCHKIS.

Homme de 55 ans. Ce malade, jusque-là bien portant, aurait eu, quatre ans auparavant, une inflammation du ventre qui l'obligea à garder le lit pendant quatre jours, avec de la fièvre. On ne peut obtenir d'autres détails. Il se

plaint de troubles vésicaux et rectaux. On constate une tumeur kystique rétro-vésicale.

Opération. Incision sus-pubienne extra-péritonéale. On arrive sur la tumeur. Ponction : 500 grammes de liquide clair. On ferme l'orifice de ponction avec une pince et on tente de décortiquer le kyste en restant hors du péritoine. Lorsqu'on arrive au sommet de la tumeur, le péritoine est déchiré et l'en découvre, aussi bien sur le feuillet pariétal que sur la séreuse intestinale, de petites tumeurs tuberculeuses, blanc-jaunâtres, allant de la grosseur d'un pois à une noix, dont quelques-unes, nettement pédiculées, sont de nature kystique et possèdent une paroi résistante blanc-jaunâtre. En outre, *partout on voit d'innombrables petites nodosités miliaires, à peine grosses comme une tête d'épingle*. On prélève un morceau de cette lésion en vue d'un examen microscopique (l'auteur ne donne, d'ailleurs, aucun renseignement sur le résultat de cette biopsie). — Guérison opératoire.

OBSERVATION XVII. — TAROZZI.

Femme de 37 ans, entrée à l'hôpital peu de jours avant sa mort, pour une énorme ascite qui, au dire de la malade, datait de plusieurs années (plus de quatre ans). On ne l'opéra pas et on ne lui fit aucune ponction.

Autopsie faite le 14 août 1908. A l'examen du cadavre, on constate une grande émaciation, de l'œdème des membres inférieurs, une coloration terreuse, non ictérique, de la peau; ventre énormément distendu. A l'incision de la paroi abdominale s'écoule un jet de liquide jaune-verdâtre, d'abord limpide, puis trouble (15 litres). Au milieu du liquide très trouble qui occupe les parties déclives, on voit de petits fragments de membranes hydatiques. Masse intestinale rétractée vers la colonne vertébrale et légèrement

déplacée vers la gauche. Le péritoine, tant pariétal que viscéral, est épais, rugueux au toucher, et présente une couleur rouge vermillon, semblable à celle du cinabre, surtout intense vers le grand et le petit bassin. Cette singulière coloration se retrouve sur la face supérieure du foie, la face inférieure du diaphragme, le péritoine qui recouvre les anses intestinales et le mésentère. En observant plus attentivement la surface du péritoine, surtout au niveau du bassin, on voit de *tout petits points, à peine gros comme la tête d'une épingle, bien visibles* à jour frisant, au niveau desquels la coloration rouge est un peu plus pâle. En explorant le cul-de-sac rétro-utérin, on découvre un corps libre, ovale, de la grosseur de la dernière phalange du médius; sa surface est finement granuleuse; il est friable et constitué par des particules dures donnant au toucher la sensation d'un fin sable. Sa caractéristique est, ici encore, une couleur rouge vif semblable à celle du cinabre.

A cinq ou six centimètres au-dessous de la fourchette du sternale, on pénètre dans une grosse cavité kystique (tête de fœtus), remplie de vésicules filles nombreuses, pour la plupart intactes et pleines de liquide hydatique. Elles sont contenues dans une cavité mère très épaisse et colorée en jaune-vert par des suffusions sanguines. Beaucoup d'hydattides rompues étaient imprégnées de la même couleur verte. La poche mère présente, à sa partie antéro-inférieure, une large déchirure par laquelle elle communique avec la cavité abdominale par l'intermédiaire d'une sorte de canal irrégulier creusé à travers un tissu cicatriciel d'adhérences.

Sur la face inférieure du foie on voit deux bosselures de la grosseur d'une noix et d'une mandarine enfoncées dans le foie, mais d'origine capsulaire manifeste. Autre petit kyste gros comme un pois. Tous sont indépendants. En explorant le tissu adipeux du grand épiploon, on trouve une petite nodosité que la section montre formée par un petit kyste renfermant un liquide limpide.

L'examen histologique des petites granulations péritonéales, surtout abondantes dans le bassin, les a montrées formées de tout petits kystes miliaires, morts de façon précoce et ayant provoqué autour d'eux une réaction particulière représentant la lésion à laquelle on a donné le nom de pseudo-tuberculose hydatique.

OBSERVATION XVIII. — AUVRAY.

Femme atteinte d'échinococcose généralisée du péritoine probablement secondaire à un kyste du foie. Chez cette malade, l'abdomen était rempli, bondé on pourrait dire, de kystes de toutes les dimensions, surtout nombreux dans l'épiploon et dans le petit bassin autour de l'utérus. Mais, à côté de ces tumeurs ayant nettement l'aspect d'un kyste, *il en existait d'autres, par milliers, ressemblant à un semis de grains de sagou, véritable granulie du péritoine* qu'ils recouvraient entièrement. Ces petits nodules n'étaient que des formations kystiques aux premiers stades de leur évolution (« Pseudo-tuberculose échinococcique » de Dévé).

OBSERVATION XIX. — VILLEMIN.

Cas de multiplicité de kystes hydatiques péritonéaux suivi pendant seize ans.

Le début s'était fait par des douleurs vives dans la région du cardia. Dix ans après, lors de la première intervention, on trouve trois cents à quatre cents kystes remplissant l'abdomen; ils étaient de volume variable et de colorations différentes: les uns étaient noir-verdâtres, d'autres jaunes, d'autres clairs et transparents. Réunis dans un récipient, ils occupaient un volume de sept à huit litres.

Trois ans après, la malade faillit succomber à des accidents comateux, avec anurie relative et albuminurie abondante.

« Je dus intervenir à nouveau devant le développement toujours croissant de l'abdomen. Cette fois, je trouvai *toute la surface intestinale, tout le mésentère et tous les replis péritonéaux couverts de milliers de petits kystes simulant le semis des granulations tuberculeuses dans le péritoine bacillaire* ».

Deux ans après, il fallut faire encore un peu de place dans cet abdomen distendu et certains kystes furent enlevés ou marsupialisés; mais huit jours après la malade succomba à des accidents d'insuffisance rénale et hépatique.

OBSERVATION XX. — PICQUET-CLAEYS-MORESTIN.

Femme âgée de 27 ans, prise en février 1903, étant au lavoir (sa santé ayant été jusque-là assez bonne), d'une douleur violente, qui, partie de l'épigastre, se généralisa à tout l'abdomen. A la suite, syncope, vomissements, fièvre. Un médecin appelé diagnostiqua une péritonite. Les choses semblèrent s'arranger, mais c'est de cette époque que son ventre commença à grossir et l'état général à décliner.

Elle entre une première fois à l'hôpital le 8 septembre 1903. Le ventre était très volumineux, uniformément distendu par un épanchement péritonéal, présentant tous les caractères d'une abondante ascite. L'état général était médiocre, la malade avait maigri depuis quelques mois, se plaignait de diarrhées fréquentes, de crises douloureuses qui semblaient en rapport avec le mauvais état de son intestin. L'exploration restait négative à l'égard du foie, de la rate, des annexes. Ne trouvant pas d'autres explications vraisemblables de son ascite, on pensa qu'il s'agissait d'un *épanchement lié à une péritonite tuberculeuse*. Comme il n'y avait aucun empâtement, aucun gâteau et que l'ascite était libre et considérable, le cas semblait favorable à l'action chirurgicale.

Laparotomie sous-ombilicale, le 14 septembre 1903 (Morestin). Issue de plusieurs litres de bile. Toutes les anses intestinales, tout ce qu'on put voir du péritoine pariétal était incrusté de petits dépôts de sels biliaires. On pense à la possibilité de la rupture d'un kyste hépatique, mais nulle part dans l'abdomen on n'aperçoit d'hydatide, le foie lui-même n'est pas volumineux. On se décide à refermer le ventre et à attendre les événements. Suites simples : la malade put quitter l'hôpital au vingtième jour et bientôt après elle reprenait ses occupations.

Elle revenait à l'hôpital le 14 février 1906. Depuis plusieurs mois, elle remarquait que son ventre se développait progressivement, avec crises douloureuses, troubles digestifs et amaigrissement. Abdomen déformé, bosselé. Tumeurs abdominales multiples avec ascite; signes de compression variés, douleurs, constipation, œdème des jambes. Le diagnostic ne s'imposait pas et une laparotomie fut décidée (Beurnier). A l'ouverture du ventre, liquide ascitique; pas traces de bile. Kystes hydatiques multiples, du volume d'une noix à un œuf, répandus dans tout l'abdomen : au-dessus et au-dessous du foie, dans les flancs, dans le bassin, dans le grand épiploon, entre les anses intestinales. D'autre part, « *sur les anses intestinales on trouvait une grande quantité de petite nodosités, grosses comme un grain de millet, les unes blanches et opaques, les autres grises, translucides. Elles rappelaient si bien les granulations de la péritonite tuberculeuse qu'un moment on put se demander s'il n'y avait pas coïncidence des deux affections* ». — On extirpa quelques-uns de ces kystes, mais il fallut renoncer à les enlever tous. L'opération dut être abrégée devant la pâleur de la malade et la faiblesse du poulx. Fermeture du ventre avec drainage.

Une amélioration durable suivit cette intervention; mais l'abdomen recommença bientôt à grossir. La malade entre

à nouveau à l'hôpital le 15 janvier 1910. Opération (Morestin) : Kystes multiples de l'abdomen, dont on pratique l'ablation ou l'évacuation suivie de réduction, et kyste du foie, plein de bile, qu'on marsupialise. On dut s'arrêter après avoir supprimé les tumeurs principales, mais il en restait un grand nombre. — « Le péritoine était une *pépinière de kystes, la plupart très petits, gros comme des grains de plomb, ressemblant à des œufs de poisson*. L'intestin, en particulier, était couvert d'un semis de ces petits kystes ». Guérison opératoire. Amélioration de l'état général. Mais il est à craindre que ce ne soit qu'une accalmie.

OBSERVATION XXI. — WEBER.

Femme âgée de 43 ans. Cette malade souffre depuis quelques mois du ventre, lequel a augmenté peu à peu de volume. Brusquement, diarrhée, vomissements, ballonnement : on porte le diagnostic de péritonite.

Laparotomie : il s'écoule un liquide séro-purulent. Les anses intestinales sont agglutinées par des adhérences, qu'on rompt. Evacuation du liquide et fermeture sans drainage. — Suites opératoires médiocres, la malade se sent mal jusqu'à ce que deux ou trois points de suture sautent : écoulement abondant de pus. Amélioration rapide.

Deux ans plus tard, la malade est revue, avec une hernie dans toute la hauteur de son ancienne cicatrice. Dans la partie droite de l'abdomen, on sent une tumeur bosselée, mobile, sans relation avec l'utérus qui présente lui-même quelques bosselures perceptibles à la palpation. De même, petites tumeurs bosselées dans le cul-de-sac de Douglas et à droite de l'utérus. On diagnostique une *péritonite tuberculeuse* ayant pour origine l'ovaire et la trompe droite; la tumeur abdominale est prise pour l'épiploon infiltré de granulations tuberculeuses.

Opération. Kystes multiples de l'abdomen. Ablation de l'épiploon et des annexes droites contenant des kystes. Ablation d'une tumeur semblable du ligament large droit. *Le fond de l'utérus et le cul-de-sac de Douglas sont parsemés de toutes petites tumeurs grosses comme des grains de mil*, qu'on laisse parce qu'il est impossible de les extraire.

Suites normales. La malade est laissée à l'hôpital pour surveiller les tumeurs de l'utérus et du Douglas. Ces tumeurs augmentent de volume et nécessitent une nouvelle opération quelques mois après. Hystérectomie : Ablation d'autres kystes. Guérison.

OBSERVATION XXII. — ABADIE.

Femme de trente ans, atteinte de troubles utérins. On constate plusieurs tumeurs voisines de l'utérus ou paraissant faire corps avec lui, en grappe de chaque côté, déprimant la paroi vaginale postérieure. Diagnostic : utérus porteur de nombreux fibromes sous-péritonéaux.

Opération le 27 juin 1906. Laparotomie. Epiploon bourré de kystes hydatiques. Leur volume est très variable, depuis une tête d'épingle jusqu'à un gros œuf. Le mésocolon, le petit épiploon, le mésentère contiennent également de nombreux kystes de grosseur variable. « Mais ce qui est surtout étrange, c'est l'aspect général du péritoine tant pariétal que viscéral; aussi bien à la surface de l'intestin que partout ailleurs, c'est un *semis abondant de vésicules blanchâtres, opalines, qui sont des kystes hydatiques à leur prime développement et nous ne pouvons nous empêcher de les comparer à une généralisation tuberculeuse*. Résection du tablier épiploïque. Tentative de formolage des plus gros kystes, qu'on arrête par crainte d'intoxication. — Guérison opératoire.

Suites éloignées. — Depuis lors, la malade a été surveil-

lée. Peu à peu les kystes des mésocolons se sont développés et l'abdomen était bourré de tumeurs multiples dont la présence entraînait des troubles digestifs par constipation d'origine mécanique.

L'état général se maintint bon pendant deux ans puis s'altéra progressivement et la malade mourut dans les premiers jours de 1910, après avoir refusé toute nouvelle intervention.

Remarque. — Abadie, « estimant que seul un traitement général pouvait donner quelque chance de résultat au point de vue de la destruction des hydatides » avait, à la suite de son intervention, conseillé l'administration « d'abord du traitement mercuriel, puis d'arsenic et de formiate de soude ».

OBSERVATION XXIII. — CRANWELL.

Un homme âgé de 36 ans, atteint de kyste hydatique du foie, fut ponctionné à la consultation d'un médecin au milieu de mars 1909. Au dire du malade, la ponction donna un liquide clair, mais immédiatement après, le ventre augmenta de volume, et survinrent des douleurs et un malaise qui l'obligèrent à rester couché plusieurs heures. Depuis cet accident, il resta avec l'abdomen ballonné et de fortes douleurs. Deux mois plus tard, il entra à l'hôpital des Cliniques et fut opéré par les docteurs Gandolfo et Cranwell. La face intérieure du foie était entourée d'une quantité d'adhérences; on ne put trouver le kyste hépatique, mais *sur la superficie du foie et sur l'épiploon il existait une quantité de petites tumeurs de la grosseur d'un grain d'alpiste (millet) et de couleur blanche* qui, examinés, se montrèrent être de la pseudo-tuberculose hydatique.

La plaie opératoire guérit par première intention. Deux mois plus tard, la malade rentrait, cette fois avec le kyste

hépatique bien apparent. Le Dr Cranwell pratiqua la laparotomie, trouva un kyste hépatique du volume d'un œuf d'autruche avec liquide clair. Formolisation, réduction sans drainage. Guérison *per primam*.

OBSERVATION XXIV. — COCHEZ.

Jeune homme âgé de 16 ans. Le père est tuberculeux. L'enfant, qui a eu la rougeole à 10 ans, puis de fréquentes bronchites, a depuis fort longtemps un gros ventre.

Au mois d'octobre 1898, le malade entre à l'hôpital pour y faire soigner une bronchite. Peu après son entrée, le ventre se ballonne et en un mois atteint un volume qui attire l'attention des médecins. On fait une ponction abdominale qui ne ramène que quelques centimètres cubes de liquide clair. Cette première ponction est suivie d'une augmentation rapide du volume du ventre. Du mois de décembre 1898 au mois d'avril 1899, on fait six ponctions sans meilleur résultat. L'état général devient mauvais. L'enfant maigrit.

Au mois de juillet 1899, le malade entre à l'hôpital Mustapha avec le diagnostic de *Carreau*. Les membres sont grêles et le ventre est énorme. A la région axillaire et inguinale existent de nombreux ganglions. Le ventre ballonné, lisse, tendu, marbré par la circulation collatérale écrase le bord inférieur du thorax. La palpation de l'abdomen fait découvrir de nombreuses nodosités dont l'ensemble forme un *gâteau semblable à celui que présente la péritonite tuberculeuse*. Les antécédents héréditaires et les signes actuels sont en faveur de ce diagnostic.

Opération : kystes hydatiques multiples de l'abdomen ; ouverture et ablation de nombreux kystes. Mort le troisième jour.

A l'autopsie, il reste encore un grand nombre de kystes

répandus dans toute la cavité abdomino-pelvienne; kystes multiples du foie, kystes périhépatiques, périspléniques, etc. « Les plus grosses vésicules étaient du volume d'un citron et semblaient être contemporaines. Les autres avaient le volume de la tête d'une épingle. *Les plus petites, très nombreuses, en certains points, ressemblaient à un semis tuberculeux* ».

OBSERVATION XXV. — LE NOUËNE (Inédite) (1).

Mme M..., 26 ans, habitant Le Havre, souffre depuis sept ou huit mois de douleurs dans la région hépatique. Depuis la même époque elle a constaté qu'il se formait une voussure au-dessous des côtes du côté droit. En même temps, son appétit a diminué. Un médecin la soigna pour une cirrhose hypertrophique; un autre diagnostiqua un kyste hydatique du foie et conseilla l'opération qui fut refusée.

Subitement, en octobre 1907, à l'occasion d'un mouvement brusque dans son lit, elle ressentit une *violente douleur* au niveau du foie et en même temps *la voussure disparaissait* complètement. Le soir même, la malade présentait une *diarrhée* abondante et, le lendemain, de *l'urticaire* étendue à tout le tronc et aux membres supérieurs. Depuis cette époque, la santé s'est altérée de plus en plus, le ventre est devenu tendu, en même temps que la malade s'est mise à tousser.

Le médecin habituel de cette femme avait diagnostiqué une rupture de son kyste hépatique. La consultation chirurgicale qu'il avait conseillée fut différée pendant deux mois. La malade se décida à faire appeler le docteur L. le Nouène seulement le 22 décembre 1907. Femme très

(1) Notre frère, le Dr L. Le Nouène, avait brièvement mentionné ce cas dans sa *Statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1907*. Le Havre, 1908, p. 15.

oppressée, ventre énorme et uniformément tendu. La malade ne peut plus quitter la chambre et reste presque tout son temps au lit. L'examen du ventre indique un épanchement généralisé. On constate une douleur vague dans tout l'abdomen, à peine plus marquée dans la région hépatique. Pas d'œdème des membres inférieurs. Cœur normal, pouls à 80. Poumons présentant de la matité et des râles sous-crépitaux aux deux bases. Urines sans albumine ni sucre, avec traces d'urobiline. Pas d'ictère. Pas de douleurs à l'épaule.

Diagnostic : kyste hydatique rompu dans la cavité péritonéale.

Opération, le 3 janvier 1908 (L. Le Nouëné). Chloroforme. Incision dans la région hépatique. Issue d'un épanchement citrin libre dans la cavité abdominale : aucun cloisonnement. Le foie paraît volumineux, mais régulier. *Le péritoine gastro-hépatique est rouge et couvert de granulations du volume d'une tête d'épingle, qui sont confluentes à ce niveau et se montrent aussi sur l'intestin grêle, mais de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne du foie. La présence de ces granulations et l'aspect régulier du foie font croire un instant à l'opérateur, ainsi qu'aux docteurs Blais et Decorde qui assistent à l'opération, qu'il y a eu erreur de diagnostic et qu'on est en présence d'une péritonite tuberculeuse.*

Cependant, on pratique une ponction dans la surface lisse du foie et il s'écoule un liquide limpide qui ne laisse plus de doute sur la présence d'un kyste hydatique recouvert par une épaisseur d'environ un centimètre de substance hépatique. Injection de formol à 1 p. 100 laissée pendant cinq minutes. Ouverture de la poche. Suture du sac à la paroi après un examen des autres viscères qui ne révèle que les nombreuses granulations déjà signalées. On touche au formol les parties du péritoine les plus recouvertes d'hydatides.

Guérison en sept semaines.

Depuis sa sortie de la clinique, la malade a été revue plusieurs fois. Le 20 mai 1908, elle était en parfait état. Le toucher vaginal (fait à cinq reprises, depuis lors) a montré chaque fois un utérus libre, sans rien de pelvien. La santé de la malade est restée excellente, à part un peu de diarrhée survenant de temps à autre.

Du sang a été prélevé à la malade, le 15 décembre 1911, en vue de la recherche de la déviation du complément.

Réaction de Weinberg, pratiquée par M. GUERBET, directeur du Laboratoire de Bactériologie de l'Ecole de Médecine de Rouen : « *La réaction, faite selon la technique de Weinberg, a été absolument NÉGATIVE.* Ce résultat est d'autant plus net qu'un sérum humain normal et un sérum hydatique humain témoins ont donné, chacun dans leur sens, une réaction typique ». (M. Guerbet.)

La malade a été revue en avril 1912. A cette époque, elle se plaignait de métrorragies abondantes et prolongées (10 jours chaque mois). L'utérus semblait assez gros pour faire songer à un fibrome. Depuis lors, tout en restant abondantes, les règles ont diminué et, au moment de l'examen, pratiqué en novembre 1912, l'utérus paraissait beaucoup moins gros. *Etat général parfait.*

OBSERVATION XXVI. — SABADINI (Inédite) (1).

Il y a douze ans, alors que nous remplaçons le Dr Bruch, professeur de Clinique chirurgicale, une femme âgée de

(1) Nous renouvelons au Dr Sabadini nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a permis d'utiliser cette observation inédite.

35 ans, israélite, entré dans le service, salle Bichat, se plaignant de douleurs sourdes dans l'abdomen; elle déclarait que son ventre avait grossi depuis quelque temps. Elle venait de l'intérieur de l'Algérie. Le médecin qui la soignait avait trouvé, nous disait-elle, une tumeur dans le bassin et l'envoyait à l'hôpital pour une opération.

A l'examen, nous trouvâmes une tumeur non dans le bassin, mais dans la fosse iliaque droite. Elle était aussi volumineuse qu'une grosse orange, rénitente et un peu mobile. A côté de cette tumeur, il nous sembla en percevoir d'autres, de petit volume. Le ventre était souple. Le foie paraissait normal; la malade n'avait présenté antérieurement aucun trouble hépatique.

Habitué que nous sommes à rencontrer des kystes hydatiques en Algérie, nous pensâmes à l'échinococcose péritonéale. L'opération fut décidée.

Laparotomie médiane. Le ventre ouvert, nous trouvons le péritoine légèrement vasculaire et des tumeurs disséminées dans tout le bas-ventre, plus particulièrement à droite dans la fosse iliaque. Leur volume variait d'un *grain de mil* à une grosse orange. La tumeur qui avait ce dernier volume était unique; elle occupait l'angle iléo-cœcal supérieur. Les autres avaient la grosseur d'une noisette, d'une amande. Les grains de mil, très nombreux, siégeaient plus spécialement sur les anses intestinales. Les tumeurs plus volumineuses se trouvaient dans la fosse iliaque droite et sur la paroi postérieure du bassin.

La plus grosse tumeur fut ponctionnée vidée, ouverte, bien asséchée, nettoyée à la liqueur de Van Swieten et fermée, à cause des difficultés d'extirpation. Le liquide retiré était limpide, eau de roche; il n'y avait donc pas de doute : nous avions affaire à des kystes hydatiques. Les tumeurs plus petites furent pour la plupart énucléées : Une simple incision sur le péritoine et la tumeur s'échappait sous la

pression des doigts; un point de suture au catgut fermait l'incision.

Le ventre fut fermé sans drainage.

La malade guérit par première intention et quitta l'hôpital après un mois, ayant repris sa mine et ses forces. Depuis, elle n'a plus été revue. Elle serait sans doute revenue, comme elle l'avait promis, si elle avait de nouveau souffert.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les lésions inflammatoires nodulaires du péritoine simulant la tuberculose de cette séreuse, une variété très particulière mérite d'être individualisée sous le nom de *pseudo-tuberculose hydatique du péritoine* (Dévé). Elle est consécutive à la rupture intrapéritonéale d'un kyste hydatique et liée à la dissémination, dans la séreuse, d'éléments échinococciques se comportant comme des corps étrangers spécifiques.

II. — Par leur aspect, leur taille, leur distribution, les granulations qui caractérisent la pseudo-tuberculose hydatique rappellent objectivement les tubercules véritables. L'analogie se poursuit jusque sous le microscope (lésion nodulaire formée de cellules rondes avec cellules épithélioïdes et cellules géantes). Mais, outre qu'ils ne renferment pas de bacilles de Koch, les nodules réactionnels sont centrés par des formations échinococciques (crochets, cuticule feuilletée) qui leur donnent une signature pathognomonique.

III. — Il y a lieu de distinguer *deux types* de pseudo-tubercules hydatiques, bien différents de signification et d'avenir. Les uns renferment des débris inactifs, des formations parasitaires arrêtées dans leur évolution : ce sont des *pseudo-tubercules de guérison*. Les autres sont constitués, au contraire, par de petites vésicules échinococciques vivaces, représentant le premier stade évolutif de kystes secondaires (*pseudo-tuberculose prémonitoire d'échinococcose secondaire*). Les deux formes sont le plus souvent associées.

IV. — Envisagée au point de vue de la pathologie générale, la pseudo-tuberculose échinococcique du péritoine représente une *réaction de défense* de l'organisme à l'égard des corps étrangers parasitaires répandus dans la séreuse.

Cette lésion n'est pas particulière à l'homme. Elle a été observée, à l'état de processus spontané, chez certains animaux (chien, singe). Elle peut être facilement reproduite par l'expérimentation (lapin, cobaye).

V. — Lésion essentiellement locale, n'entraînant aucune réaction irritative générale de la séreuse abdominale et n'ayant aucun retentissement sur les organes sous-jacents, la pseudo-tuberculose hydatique n'a, par elle-même, aucune expression symptomatique. Mais, habituellement associée au cholépéritoine hydatique ou à l'échinococcose secondaire de la cavité

abdomino-pelvienne, elle emprunte parfois à ces affections le masque clinique de la péritonite tuberculeuse.

VI. — La présence de granulations péritonéales constitue presque toujours une découverte inattendue au cours de la laparotomie. Aussi la pseudo-tuberculose hydatique mérite-t-elle d'être bien connue des opérateurs.

Le diagnostic macroscopique en sera aisé lorsque les granulations coexisteront avec les kystes hydatiques du péritoine. La nature de la lésion s'éclairera de même en cas d'épanchement bilieux aseptique intrapéritonéal (*cholépéritoine hydatique* de Dévé). Le diagnostic deviendra, par contre, très délicat en l'absence de ces deux éventualités.

L'examen histologique sera indispensable pour préciser la nature des granulations, d'autant plus qu'on a observé la coexistence d'une péritonite tuberculeuse authentique avec un kyste hydatique abdominal. Seule, la biopsie pourra renseigner le chirurgien sur le caractère progressif ou cicatriciel des lésions, c'est-à-dire sur l'avenir probable de l'opéré.

VII. — Le pronostic différera, en effet, selon qu'on aura affaire à des pseudo-tubercules de guérison ou à de la « *graine d'échinococcose secondaire* ». Toutefois, on se rappellera que, même dans cette dernière alternative, le développement ultérieur des kystes n'est pas fatal : on peut observer un processus d'*involution spontanée* aboutissant à la guérison.

VIII. — Au cours des interventions pour kystes hydatiques du foie ou de la rate, l'opérateur devra rechercher *systématiquement* — par une exploration simple et discrète du péritoine ambiant et de l'épiploon — l'existence éventuelle d'une pseudo-tuberculose hydatique. La constatation de cette lésion lui permettrait de craindre et de rechercher le développement ultérieur de greffes hydatiques dans la cavité abdomino-pelvienne.

IX. — En attendant la découverte d'un traitement interne spécifique ayant pour effet d'arrêter le développement des éléments échinococciques vivants, la chirurgie paraît devoir rester à peu près désarmée en face des granulations actives souvent innombrables.

Les malades chez lesquels l'opération aura révélé de telles lésions devront être surveillés pendant de nombreuses années (toucher vaginal ou rectal, recherche périodique de la réaction de fixation), avant qu'on puisse conclure à leur guérison définitive.

X. — La prophylaxie pratique de cette complication consistera à *opérer tout kyste hydatique aussitôt que diagnostiqué*. Ainsi seront prévenues les ruptures kystiques spontanées.

L'ensemencement artificiel du péritoine par la ponction médicale doit disparaître avec la pratique en question, désormais bannie de la clinique et de la thérapeutique.

Quant à la dissémination des germes hydatiques au

cours de l'intervention sanglante, elle sera évitée grâce à une protection soignée de la cavité péritonéale, jointe à l'*injection parasiticide préalable* de Dédé, aujourd'hui universellement adoptée par les chirurgiens.

Vu : Le Président de Thèse.

Ch. ACHARD.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.



BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Kystes hydatiques multiples du péritoine à forme de généralisation. *Société anatomique*, 25 janvier 1907, p. 79.
- ABADIE. — Sur quelques formes exceptionnelles de kystes hydatiques. *XXII^e Congrès français de Chirurgie*, Paris 1910, obs. IV.
- ARCE. — *Revista de la Sociedad médica argentina*, 1908, p. 228.
- AUVRAY. — *Société de Chirurgie de Paris*, 6 janvier 1909, p. 15.
- BATAILLE et DÉVÉ, in Thèse Baudet, obs. XLVI.
- BEAUDET. — *Le Cholépéritoine hydatique*. Thèse de Paris 1906.
- BECKER. — Die Verbreitung der Echinokokken-Krankheit in Mecklenburg. *Beitr. z. klin. Chirurgie*, 1907, Bd LVI, h. 1, obs. 280, p. 168.
- COCHEZ. — In Thèse ALBERTI, Alger 1911, obs. XVI, p. 48.
- CRAMER. — Tuberculosis peritonei mit Echinococcus hepatis subphrenicus. *Allg. arztl. Ver.*, Köln, jan. 1896, in *Deutsche med. Woch.*, 26 nov. 1896, p. 212.
- CRANWELL et VEGAS. — Rapport au Congrès de Médecine de Buenos Aires, 1910, p. 33.
- DEBOVE. . . *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 9 déc. 1892.



TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	9
Délimitation du sujet.....	13
Historique.....	18
Anatomie pathologique.....	20
I. Lésions macroscopiques.....	21
II. Lésions microscopiques.....	29
Etiologie	34
Pathogénie	36
Symptomatologie.....	41
Diagnostic.....	45
Pronostic.....	56
Traitement	65
Prophylaxie.....	70
Observations.....	72
Conclusions	100
Bibliographie	105

